



Was nicht ist, wird noch werden?

Sexualaufklärung in der Schwangerschaft

Sarah Schinzel

Yanina Tannek

Departement Gesundheit

Institut für Hebammen

Studienjahr: 2017

Eingereicht am: 30. April 2020

Begleitende Lehrperson: Julia Butz

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Darstellung des Themas. Die Sexualität stellt generell ein Tabuthema dar. In der vulnerablen Phase während der Schwangerschaft ist es für werdende Eltern umso schwieriger, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. Da die Sexualfunktion der Paare während der Schwangerschaft eher abnehmen, stellt sich die Frage, ob sich diese durch Sexualaufklärung verbessern könnte.

Ziel. Ziel dieser Arbeit ist, die Wirkung der Sexualaufklärung in der Schwangerschaft auf die Sexualfunktion von werdenden Eltern herauszufinden. Zusätzlich werden Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufgezeigt, und erste Empfehlungen für die hebammenrelevante Praxis abgeleitet.

Methode. Mittels einer systematischen Literaturrecherche wird ein Literaturreview anhand von drei Studien verfasst.

Ergebnisse. Es zeigt sich ein positiver Effekt der Sexualaufklärung auf die Sexualfunktion der Paare. Die Sexualfunktion sowie die sexuelle Zufriedenheit steigen nach der Intervention signifikant an. Bezüglich der Geschlechter ist generell kein signifikanter Unterschied ersichtlich. Hinsichtlich des Settings, in welchem die Sexualaufklärung stattfindet, werden geschlechterspezifische Unterschiede beobachtet.

Schlussfolgerung. Die Thematik bedarf weiterer Forschung. Trotzdem wird werdenden Eltern die Sexualaufklärung in der Schwangerschaft nahegelegt, da sich die Sexualfunktion beider Geschlechter nach der Intervention massgeblich verbessert. Die Hebammen sollten ihre aufklärende Funktion vermehrt wahrnehmen, sich interdisziplinär weiterbilden, und die Sexualaufklärung in der regulären Schwangerschaftsvorsorge integrieren.

Keywords. Schwangerschaft, Sexualität, Sexualfunktion, Sexualaufklärung

Vorwort

Diese Bachelorarbeit richtet sich an Gesundheitsangehörige, insbesondere Hebammen, Gynäkologen und Gynäkologinnen, Pflegefachkräfte sowie Fachpersonal im Bereich der Sexualberatung, Sexualpädagogik und Sexualforschung. Mit Gesundheitsangehörigen oder Gesundheitspersonal sind in dieser Arbeit die aufgezählten Berufsangehörigen gemeint.

Die Berufsbezeichnung Hebamme schliesst in der vorliegenden Arbeit sowohl weibliche als auch männliche Personen ein, welche diesen Beruf ausüben.

Das Glossar im Anhang erklärt oder definiert Begriffe, bei welchen im Text eine Erklärung oder ein vertieftes Wissen vonnöten ist. Diese Wörter sind bei der Erstnennung in der Arbeit mit einem Stern (*) gekennzeichnet.

Die Quellenangabe und das Literaturverzeichnis sind an den internationalen Richtlinien American Psychological Association 6th Edition (2010) orientiert.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Fragestellung.....	2
1.3 Zielsetzung	3
1.4 Praxisrelevanz.....	3
1.5 Stand der Forschung	3
2. Methode.....	4
2.1 Literaturrecherche	4
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	5
2.3 Begründung der Studienwahl	6
2.4 Evaluationsinstrumente	7
3. Theoretischer Hintergrund	8
3.1 Sexualität.....	8
3.1.1 Definition	8
3.1.2 Weibliche und männliche Sexualfunktion	9
3.1.3 Bedeutung der Sexualität in der Gesellschaft.....	10
3.1.4 Sexualität in der Schwangerschaft	11
3.1.5 Weibliche Sexualität in der Schwangerschaft.....	13
3.1.6 Männliche Sexualität in der Schwangerschaft.....	14
3.2 Sexuaufklärung.....	15
3.2.1 Definition	15
3.2.2 Grundsätze und Ziele	17
3.2.3 Sexuaufklärung in der Schwangerschaft	18
4. Ergebnisse	21
4.1 Zusammenfassung: Bahadoran et al. (2015)	21

4.2	Würdigung: Bahadoran et al. (2015).....	23
4.3	Zusammenfassung: Heidari et al. (2017a).....	24
4.4	Würdigung: Heidari et al. (2017a).....	26
4.5	Zusammenfassung: Heidari et al. (2017b).....	27
4.6	Würdigung: Heidari et al. (2017b).....	29
5.	Diskussion	31
5.1	Vergleichbarkeit der Studien	31
5.2	Gegenüberstellung der Studienergebnisse	32
5.2.1	Wirkung der Sexualaufklärung	32
5.2.2	Vorgehensweise der Sexualaufklärung	33
5.2.3	Rolle des Gesundheitspersonals in der Sexualaufklärung	34
5.3	Beantwortung der Fragestellung.....	35
6.	Schlussfolgerung	36
6.1	Theorie-Praxis-Transfer.....	36
6.2	Limitationen und Ausblick.....	38
	Danksagung	40
	Literaturverzeichnis.....	41
	Tabellenverzeichnis.....	45
	Wortzahl.....	45
	Eigenständigkeitserklärung.....	45
	Anhang	46
	Glossar.....	46
	Keywords	49

1. Einleitung

Philip, werdender Vater, 33 Jahre:

«Ich bin so verunsichert. Es fühlt sich alles so fremd an. Meine Frau, ihr Bauch, unser Kind da drin. Es ist wundervoll, aufregend. Und ich bin so gerührt, so tief drin gerührt. Aber es ist auch so, als wäre das nicht mehr die Frau, die ich immer so begehrte. Ich liebe sie zutiefst. Aber alles an ihr, was vorher für mich sehr erotisch und sexuell war – ihre Brüste, ihr Po, ihre Haut – all das ist jetzt anders und nicht mehr sexuell, vielleicht noch erotisch, aber nicht so, dass ich es mit Erregung verbinden würde. Ich verbinde es mit Mütterlichkeit, mit Liebe, mit diesem kleinen ungeschützten Kind, unserem Kind.

Zu Anfang der Schwangerschaft ging es noch, da war Sex noch möglich. Mittlerweile kann ich nicht mehr. Ich würde auch gar keine Erektion kriegen. Ich finde das jetzt alles nicht schlimm. Meine Frau auch nicht so sehr. Es irritiert sie schon. Obwohl sie auch sagt, dass sie nicht mehr so viel Lust hätte und den Sex nicht unbedingt brauche, sagt sie schon auch, dass es sich komisch für sie anfühle, nicht mehr von mir begehrt zu werden. Sie fasst mich auch nicht mehr an. Ich glaube, sie hat Angst, abgewiesen zu werden.

Ich bin froh darüber, dass sie mich sexuell in Ruhe lässt. Ich würde es tatsächlich als unangenehm erleben, wenn sie sexuell auf mich zukäme. Manchmal habe ich Angst, ob sich das jemals wieder ändert, wie das wohl mit uns weitergehen wird, wenn unser Kind da ist.» (Brandenburg, 2011, S.217)

Die einleitenden Worte dieses werdenden Vaters widerspiegeln sowohl die Unsicherheit und Ambivalenz des Mannes gegenüber seiner Frau als auch eine enorme Bewunderung im Hinblick auf den Prozess des Familienwerdens. Ängste, Sorgen, Fragen und diverse Veränderungen der Sexualität in der Schwangerschaft stechen zwischen den Zeilen heraus.

1.1 Problemstellung

Werdende Eltern befinden sich in einem intensiven und individuellen Prozess während der Schwangerschaft. Neben Einstellungs-, Entscheidungs- und Verantwortungsfragen stehen

in dieser aufreibenden Zeit nicht selten Fragen über die Sexualität im Vordergrund. (Friedrich, Ahrendt & Probst, 2015) Hauptsächlich handelt es sich bei den Fragen um die Handhabung der Sexualpraktiken*, um mögliche Risikofaktoren und insbesondere bei Männern um Ängste das Ungeborene oder die Frau beim Geschlechtsverkehr zu verletzen (Friedrich et al., 2015; Johansson, Edwardsson & Hildingsson, 2015; Kluge, 2013; Nakić Radoš, Soljačić Vraneš & Šunjić, 2014; Richter, 2005). Diese Verunsicherungen, Ängste und Unklarheiten können in der Schwangerschaft sowohl in der sexuellen Beziehung eines Paares als auch in der Beziehungsdynamik grosse Unruhe auslösen (Friedrich et al., 2015). Besonders, wenn die sexuellen Bedürfnisse der werdenden Eltern nicht miteinander übereinstimmen, kann es schwierig für sie sein (Richter, 2005).

Die Sexualität als Tabuthema fordert sowohl Frauen als auch Männer in der pränatalen* Phase besonders heraus (Brandenburg, 2011; Krauss-Lembcke, 2011). Gemäss Foux (2008) tabuisiert sogar das Gesundheitspersonal die Sexualität in der Schwangerschaft. Dies obwohl Hebammen laut Richter (2005) bereits mit einfachen Informationen über die Veränderung der Sexualität in der Schwangerschaft eine grosse Hilfestellung bieten können. Des Weiteren geben diverse andere Autoren einen Hinweis darauf, dass die Sexualität zurzeit kaum in der Schwangerschaft thematisiert wird (Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghti-Khoei & Yavarikia, 2012; Friedrich et al., 2015; Richter, 2005; Williamson, McVeight & Baafi, 2006). Sprechen schliesslich werdende Eltern ihre eigenen sexuellen Bedenken oder Sorgen nicht an, scheinen sie verborgen zu bleiben. Demnach stellt sich eine Reihe an Fragen: *Wäre Sexualaufklärung in der Schwangerschaft sinnvoll? Wer würde sich dafür eignen, werdende Eltern sexuell aufzuklären? Was würde die Sexualaufklärung beinhalten? Sollen Männer in die Sexualaufklärung miteinbezogen werden? In welchem Setting* könnte Sexualaufklärung in der Schwangerschaft stattfinden?*

All diese spannenden Fragen vollumfänglich zu beantworten, würde weit über den Rahmen dieser Bachelorarbeit hinausgehen. Doch erste Ansätze, Erkenntnisse und Hinweise zu diesen Fragen sind in dieser Arbeit formuliert.

1.2 Fragestellung

Abgeleitet aus der Problemstellung wird folgende Fragestellung formuliert: «Welche Wirkung hat Sexualaufklärung in der Schwangerschaft auf die Sexualefunktion werdender Eltern und gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Geschlechtern?»

1.3 Zielsetzung

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, mittels der bisher vorhandenen evidenzbasierten Literatur, erste Erkenntnisse über den Effekt der Sexualaufklärung in der Schwangerschaft und den diesbezüglichen Geschlechterunterschied herauszufinden. Die vorliegende Arbeit soll aufzeigen, welche Rolle die Hebamme in der Sexualaufklärung in der pränatalen Phase haben könnte. Erste Empfehlungen, wie die Hebamme Teil der sexuellen Aufklärung sein könnte, werden aufgedeckt.

1.4 Praxisrelevanz

Neben menschlicher und reproduktiver* Gesundheit, fördern, schützen und unterstützen Hebammen werdende Familien in ihrer sexuellen Gesundheit und ihre diesbezüglichen Rechte. Dabei werden ethische und kulturelle Varietäten respektiert. Die Aufgabe der Hebamme richtet sich sowohl an die schwangere Frau und ihren Partner als auch an deren Familie. (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016) Auch die Abschlusskompetenzen des Hebammenstudiums schliessen die Unterstützung der sexuellen Gesundheit werdender Eltern mit ein (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW], n.d.).

1.5 Stand der Forschung

Die Forschung über Sexualaufklärung in der Schwangerschaft steht bisher am Anfang. Im Ausland sind einige Forschungsarbeiten über Sexualaufklärung in der Schwangerschaft vorhanden. Vereinzelt werden das sexuelle Verlangen sowie die sexuelle Veränderung der Frau in der Schwangerschaft untersucht. Ebenso zur Wirkung der sexuellen Aufklärung auf die Sexualfunktion von schwangeren Frauen sind einzelne randomisiert kontrollierte Studien verfügbar (Afshar et al., 2012; Esmaeili, Bahrami & Oveisi, 2019; Navidian, Rigi & Soltani, 2016; Wannakosit & Phupong, 2010). Über die diesbezügliche Beteiligung des Partners sind kaum Studien auffindbar.

2. Methode

Mittels einer systematischen Literaturrecherche- und analyse von quantitativen Studien wird die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantwortet. Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben. Die Vorgehensweise der Literaturrecherche mit den verwendeten Datenbanken und Suchwörter wird erläutert. Zusätzlich werden die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Beurteilungsinstrumente der verwendeten Forschungsarbeiten aufgeführt und begründet.

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgt im Zeitraum von September bis Dezember 2019. Die adäquate Recherche findet in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, PubMed, LIVIVO, Emcare und MiDirs statt. Passende deutsche Schlüsselbegriffe und die dazugehörigen englischen Keywords, welche zu relevanten Studien über Sexualaufklärung in der Schwangerschaft geführt haben, sind in Tabelle 1 dargestellt. Zur Vervollständigung befindet sich im Anhang eine ausführliche Auflistung der Keywords, welche für die Datenbankrecherche verwendet werden.

Tabelle 1: Keywords, eigene Darstellung

Deutsche Schlüsselbegriffe	Englische Keywords
Schwangerschaft	Pregnancy
Sexualität	Sexuality Sexual function Sexual life
Aufklärung	Education Sex education Sex counselling

Die Keywords in Tabelle 1 werden mittels der Multifield-Search mit den Booleschen Operatoren «AND» oder «OR» kombiniert. Die Trunkierungszeichen (*) oder Anführungszeichen werden gesetzt, um die Suche einzugrenzen oder zu erweitern. Eine erste Selektion der Studien erfolgt aufgrund der Titel der Studien. Anschliessend werden die Abstracts gelesen und auf die Ein- und Ausschlusskriterien, welche im Kapitel 2.2. dargestellt sind, geprüft. Die ausgewählten Studien zur Beantwortung der Fragestellung sind im Kapitel 2.3 aufgelistet.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Den definierten Ein- und Ausschlusskriterien in Tabelle 2 liegen folgende Überlegungen zugrunde. Vorliegende Arbeit untersucht lediglich werdende Eltern in der Schwangerschaft. Die Geburt und die postpartale* Phase sind bewusst ausgeschlossen, weil dazu bereits Bachelorarbeiten vorhanden sind und das Thema auf diese Weise adäquat eingegrenzt wird. Aus dem Zielgedanken, sowohl Aussagen über werdende Mütter als auch werdende Väter machen zu können, werden nur diejenigen Studien eingeschlossen, welche die Wirkung der Sexuaufklärung beider Geschlechter untersuchen. In dieser Bachelorarbeit wird lediglich die Auswirkung auf die Sexualfunktion untersucht. Studien, welche den Einfluss von Sexuaufklärung auf die eheliche Zufriedenheit oder Beziehung untersuchen, sind deshalb bewusst ausgeschlossen. Eine vorbestehende sexuelle Dysfunktion* kann gemäss Höhn und Berner (2013) die Sexualität des Individuums beeinflussen, weshalb sie als Ausschlusskriterium zählt. Aufgrund sprachlicher Barrieren sind nur englisch- und deutschsprachige Forschungsarbeiten inkludiert. Aufgrund des beschriebenen Mangels an Literatur werden sämtliche Publikationen (Bücher, Artikel, Arbeiten) unabhängig des Erscheinungsjahres berücksichtigt. Zusätzlich werden keine Eingrenzungen betreffend Gravidität* oder Gestationsalter* der Frau gemacht.

Folglich sind die definierten Ein- und Ausschlusskriterien zur Studiensuche in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien, eigene Darstellung

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • werdende Eltern während der Schwangerschaft • Auswirkung von sexueller Aufklärung auf die weibliche und männliche Sexualfunktion • englisch- und deutschsprachige Literatur 	<ul style="list-style-type: none"> • Geburt und postpartale Phase • vorbestehende sexuelle Dysfunktion des Paares • Auswirkung von sexueller Aufklärung auf die Zufriedenheit der Ehe oder Paarbeziehung • Auswirkung von sexueller Aufklärung auf die Sexualfunktion von lediglich einem Geschlecht

2.3 Begründung der Studienwahl

Aus der Studiensuche in den beschriebenen Datenbanken kristallisieren sich neun Studien heraus, welche das Thema der sexuellen pränatalen Aufklärung bearbeiten. Fünf davon schliessen nur Frauen in die Forschung ein, weshalb diese nicht verwendet werden. (Afshar et al., 2012; Esmaeili et al., 2019; Shahbazi, Farshbaf-Khalili, Sattarzadeh & Kamalifard, 2018; Vakilian, Kheiri & Majidi, 2017; Wannakosit & Phupong, 2010). Navidian et al. (2016) erforschen nicht die Wirkung der Sexualaufklärung auf die Sexualfunktion werdender Eltern, sondern den Effekt der sexuellen Aufklärung auf die Qualität der ehelichen Beziehung. Deshalb wird diese Studie exkludiert. Die weiteren drei Studien werden für die Beantwortung der Fragestellung verwendet. Mit der Kombination der Keywords *pregnan** AND «sex education» AND «sexual function» zeigt sich ein Suchergebnis von 10 Treffer in der Datenbank PubMed. Darunter befinden sich die ausgewählten Studien für diese Arbeit. Zur Übersicht sind diese in Tabelle 3 alphabetisch aufgelistet. Die Tabelle gibt zusätzlich Auskunft darüber, in welchen Datenbanken die Forschungsarbeiten zu finden sind.

Heidari, Aminshokravie, Zayeri und Azin (2017) und Heidari, Aminshokravie, Zayeri, Azin und Merghati-Khoei (2017) sind als eine Longitudinalstudie zu verstehen. Da beide Studien im gleichen Jahr erschienen sind und der erste aufgezählte Autor der gleiche ist, werden die beiden Forschungsarbeiten in dieser Arbeit folgendermassen deklariert: Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b). In Tabelle 2 ist ersichtlich, welcher Buchstabe für welche Forschungsarbeit steht. Heidari et al. (2017a) stellt die weiterführende Forschungsarbeit von Heidari et al. (2017b) dar. Die Ergebnisse vor der Intervention und vier Wochen danach (2. Messzeitpunkt) sind somit gleich. Die beiden Studien unterscheiden sich im methodischen Vorgehen, in einem Teil der Ergebnisse, in der Anzahl Autoren und den unterschiedlich diskutierten Themen. Aufgrund dessen werden sie als zwei Forschungsarbeiten angesehen.

Tabelle 3: Übersicht der ausgewählten Studien, eigene Darstellung

Ausgewählte Studie	Datenbanken
Bahadoran, P., Mohammadi Mahdiabadzade, M., Nasiri, H. & Gholami Dehaghi, A. (2015). The effect of face-to-face or group education during pregnancy on sexual function of couples in Isfahan.	PupMed MEDLINE LIVIVO
Heidari, M., Aminshokravie, F., Zayeri, F. & Azin, S.A. (2017). Effect of Sexual Education on Sexual Function of Iranian Couples During Pregnancy: A Quasi Experimental Study. (Heidari et al., 2017a)	PupMed MEDLINE CINAHL LIVIVO
Heidari, M., Aminshokravie, F., Zayeri, F., Azin, S.A & Merghati-Khoei, E. (2017). Sexual Life During Pregnancy: Effect of an Educational Intervention on the Sexuality of Iranian Couples: A Quasiexperimental Study. (Heidari et al., 2017b)	PupMed MEDLINE CINAHL LIVIVO

2.4 Evaluationsinstrumente

Die ausgewählten quantitativen Studien für diese Arbeit werden anhand des Arbeitsinstruments für ein Critical Appraisal [AICA] nach Ris & Preusse-Bleuler (2015) gewürdigt. Es dient der systematischen Zusammenfassung und Würdigung eines Forschungsartikels. Das Beurteilungsraster eignet sich zusätzlich, da es dem EMED-Format eines Forschungsartikels entspricht und auf diese Weise das Textverständnis einer wissenschaftlichen Studie fördert. Die Einschätzung der Güte erfolgt in der Würdigung der jeweiligen Studie im Kapitel 4. Zusätzlich wird jeder Forschungsarbeit ein Evidenzlevel nach Bertelsmann, Lorzynski & Kunz (2007) zugeordnet.

3. Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel widmet sich der thematischen Auseinandersetzung über Sexualität und Sexualaufklärung. Anhand von Studien und Fachliteratur werden Begriffe definiert und Zusammenhänge erläutert, welche zum vertieften Verständnis der Thematik führen sollen.

3.1 Sexualität

Im folgenden Kapitel wird die Sexualität sowie die weibliche und männliche Sexualfunktion definiert und die Sexualität in der Schwangerschaft erläutert. Zudem erfolgt ein Exkurs über die Bedeutung der Sexualität in der Gesellschaft.

3.1.1 Definition

Die World Health Organisation [WHO] (2006) bezeichnet die Sexualität als zentraler Aspekt des Menschseins, welcher sich über die ganze Lebensspanne hinweg bezieht. Das biologische Geschlecht, die Geschlechtsidentität*, die Geschlechterrollen, sexuelle Orientierung*, Lust, Erotik*, Intimität und Fortpflanzung sind dabei miteingeschlossen (WHO, 2006). Beeinflusst wird die Sexualität laut WHO (2006) durch biologische, psychologische, soziale, wirtschaftliche, politische, ethische, rechtliche, religiöse und spirituelle* Faktoren. Nach Kockott (2016) wird Sexualität im Pschyrembel online wie folgt definiert: «Bezeichnung für sehr allgemeine und grundlegende Äußerung des Lebens mit den drei Grundfunktionen Fortpflanzung, Beziehung und Kommunikation sowie zusätzlich Lustgewinn und Befriedigung. Zwischen diesen Funktionen besteht beim Menschen hohe Unabhängigkeit.» Ähnlich beschreiben Ahrendt und Friedrich (2015) die Sexualität in den drei Dimensionen: Fortpflanzungsdimension, Lustdimension und Beziehungsdimension. Sie stellen die drei Gründe dar, weshalb Menschen Geschlechtsverkehr ausüben. Die Fortpflanzungsdimension wird in der Entwicklungsgeschichte als älteste Dimension der Sexualität dargestellt. Stammesgeschichtlich betrachtet, diene die Sexualität dazu sich fortzupflanzen und im genetischen Sinne ewig zu leben. Mit Lustdimension ist die Befriedigung der sexuellen Lust in Form von Lust, Erregung und Orgasmus gemeint. Je nach Lebensphase und Individuum steht die Lustdimension unterschiedlich stark im Vordergrund. Die Beziehungsdimension dient der Aufrechterhaltung, Stärkung oder Bestätigung einer Beziehung. Sie beschreibt das Grundbedürfnis nach Wärme, Nähe, Zuwendung, Geborgenheit und Liebe, welches bereits als Säugling besteht. Auch Ermann

und Huber (2019) benennt diese drei Funktionen der Sexualität und erläutert diese ähnlich. Sie definieren die Sexualität als Ergebnis der sexuell organisierten Entwicklung. Dabei schliessen sie alle Erlebnis- und Verhaltensweisen mit ein, welche bewusst oder unbewusst erfolgen. Neben wenigen Ausnahmen in der Tierwelt ist der Mensch das einzige Lebewesen, welches die Fähigkeit besitzt, Paarbeziehungen auf längere Zeit einzugehen, die nicht lediglich zur Fortpflanzung dienen (Ahrendt & Friedrich, 2015).

3.1.2 Weibliche und männliche Sexualfunktion

Sexualfunktion ist durch die folgenden beschriebenen physiologischen Abläufe definiert. Es wird zwischen der weiblichen und männlichen Sexualfunktion unterschieden. Die vier Hauptkomponenten der männlichen Sexualfunktion sind Libido*, Erektion, Ejakulation und Orgasmus. (Hirsch, 2019) Brück (2015) beschreibt dies ähnlich mit Appetenz*, Erregung, Orgasmus und Entspannung. Unter der weiblichen Sexualfunktion ist die sexuelle Reaktion zu verstehen, welche in fünf Phasen eingeteilt wird. Die fünf Phasen bestehen aus der Motivation, welche das Verlangen miteinschliesst, der subjektiven Erregung, der Vasokongestion der Genitalorgane, dem Orgasmus und der Rückbildung. (Basson, 2013) Die Phasen der weiblichen Sexualfunktion und die Komponenten der männlichen Sexualfunktion sind vergleichbar und teilweise sehr ähnlich (Basson, 2013; Hirsch, 2019). Libido wird als bewusste Komponente beschrieben und bedeutet sexuelles Interesse (Hirsch, 2019). Ähnlich wird die Motivation bei der weiblichen Sexualfunktion beschrieben, als Wunsch nach sexueller Aktivität (Basson, 2013). Die männliche Erektion ist ein komplexer, neurovaskulärer* Ablauf und eine Reaktion auf psychologische oder taktile Reize. Dieser bewirkt schlussendlich das Anschwellen des Schwellkörpers. (Hirsch, 2019) Unter Vasokongestion wird eine reflektorische vegetative* Reaktion nach einem sexuellen Stimulus verstanden, welche die Blutfüllung und Gleitfähigkeit des weiblichen Genitales zur Folge hat. Dieser Vorgang wird durch sexuelle Erregung ausgelöst. (Basson, 2013) Folglich kann die männliche Erektion mit der subjektiven Erregung und der Vasokongestion der weiblichen Genitalorgane verglichen werden. Der Orgasmus gehört zur männlichen sowie zur weiblichen Sexualfunktion und ist bei beiden Geschlechtern ähnlich. Er wird als Höhepunkt und Befriedigung der sexuellen Erregung definiert und als angenehmes Gefühl beschrieben. (Basson, 2013; Hirsch, 2019) Das unwillkürliche An- und Entspannen des Beckenbodens* während des Orgasmus finden sowohl bei der Frau als auch beim Mann statt (Basson, 2013; Hirsch, 2019). Unter Ejakulation wird der

Samenerguss des Mannes verstanden. Diese erfolgt zeitgleich mit dem Orgasmus, welcher den komplexen Ablauf der Sexualfunktion abschliesst. (Hirsch, 2019) Auf den Orgasmus folgt bei der Frau die fünfte Phase, die Rückbildung. Diese geht mit dem Gefühl von Wohlbefinden, Entspannung und Müdigkeit einher. (Basson, 2013)

3.1.3 Bedeutung der Sexualität in der Gesellschaft

In dieser Arbeit wird lediglich auf einige Aspekte der Bedeutung der Sexualität in der Gesellschaft eingegangen, da es nicht möglich ist, diese vollumfänglich zu integrieren.

Die Liberalisierung der Sexualität ist ein langer und stetiger Prozess. Schon Ende des 19. Jahrhunderts erreichte die Liberalisierung einen Höhepunkt, indem die Bedeutung der Sexualität für Biografie und Persönlichkeit entdeckt wurde. In den 1920er Jahren folgte der Zusammenbruch der alten politischen Ordnung. Daraus entstanden neue Freiheiten und das traditionelle Geschlechterbild zerbrach. Die Liberalisierung erlebte manchmal Stillstände oder Rückschläge. Darauf folgte eine drastische Beschleunigung der sexuellen Revolution in den späten 1960er Jahren. (Schmidt, 2013) Angeführt wurde diese von heranwachsenden jungen Menschen, die hungrig nach Freiheit, Aufklärung und Selbstverwirklichung waren (Krauss-Lembcke, 2011). Wenige Jahre später war nicht mehr von der sexuellen, sondern der feministischen Revolution die Rede (Schmidt, 2013). Die Frauenbewegung ist ein verdeutlichendes Beispiel dafür, dass die Sexualität stark in kulturellen Prozessen eingebunden ist und einen Einfluss auf das Erscheinungsbild der Sexualität nimmt (Ermann & Huber, 2019). Mit der feministischen Revolution veränderte sich die Geschlechterordnung* und somit die Geschlechterrolle stark (Schmidt, 2013). In diesem Zusammenhang stellt die Einführung der oralen Antikonzeptiva eine drastische Veränderung dar, da die Sexualität nicht mehr im direkten Zusammenhang mit der Fortpflanzung steht (Ermann & Huber, 2019). Mit der Liberalisierung musste jedes Individuum selbst Verantwortung über das sexuelle Verhalten übernehmen (Schmidt, 2013). Demzufolge sind die Sichtweise und Einstellung über die Sexualität heutzutage sehr individuell. Über die Sexualität zu sprechen oder gar zu diskutieren ist allerdings stets mit Hemmung verbunden. (Huber, 2018) Neben Einkommens- und Vermögensverhältnissen wird die Sexualität als besonderes Tabuthema wahrgenommen (Krauss-Lembcke, 2011). Zu betonen gilt, dass die Revolution viele positive Aspekte mit sich gebracht hat, und der sexuellen und reproduktiven Gesundheit heutzutage eine hohe

Wertschätzung zugesprochen wird (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2011; Krauss-Lembcke, 2011).

3.1.4 Sexualität in der Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft bedeutet auf verschiedenste Weise Veränderungen zu durchleben. werdende Eltern setzen sich sowohl mit neuen Verantwortungen als auch den bevorstehenden neuen Aufgaben auseinander. (Richter, 2005) Durch das Wahrnehmen dieser Veränderungen geschieht bei jedem einzelnen ein individueller Reifungsprozess. Eigene Ein- und Vorstellungen zum Leben und Verhaltensweisen werden überdacht und können sich dadurch ändern. Nicht nur jedes Individuum steht im Wandel, sondern auch die Dynamik einer Beziehung verändert sich. Das Interesse an Sexualität sowie die Häufigkeit an sexuellen Kontakten verändern sich in der Schwangerschaft. All diese komplexen Veränderungen können beziehungsfestigend oder auch beziehungsstrennend wirken. (Friedrich et al., 2015)

Vorab gilt zu betonen, dass Sexualität im schwangeren sowie im nicht schwangeren Zustand sehr individuell ist. Demnach gibt es auch keine eindeutige Zuordnung was einer Normalität entspricht. (Friedrich et al., 2015) Trotzdem zeigt sich oft ein Muster, wie sich die Sexualität in den drei Trimester der Schwangerschaft zeigt. Dies kann entsprechende Auswirkungen auf eine Partnerschaft haben. Im 1. Trimenon* setzen sich Paare oftmals mit der neuen Lebenssituation auseinander. (Kluge, 2013) In dieser Zeit spielt die sexuelle Vorgeschichte des Paares sowie die Familienplanung eine entscheidende Rolle. Wird der lang ersehnte Kinderwunsch mit Vorfreude auf das Kind erfüllt, so kann dies entlastend für eine Partnerschaft sein. Im gleichen Zug kann die sexuelle Aktivität auch Besorgnis um das ungeborene Kind auslösen. Angst, die Schwangerschaft zu gefährden oder das Kind zu verlieren, sind weitere Aspekte, welche Unruhe und Veränderung in die sexuelle Beziehung eines Paares bringen können. Ist die Schwangerschaft nicht geplant, bekommt diese eine zusätzliche Bedeutung, da zum Beispiel die Frage der Verantwortung im Vordergrund steht. Wird die Schwangerschaft akzeptiert und positiv erlebt, kann das Kind die Verbundenheit der Eltern stärken. In diesem Fall können Paare eine intensive, auch sexuelle Nähe zu einander finden. Je nach Ausgangssituation kann eine eingetretene Schwangerschaft folglich Paare näher zusammenbringen oder zu Distanz oder gar Trennung führen. (Friedrich et al., 2015) Im ersten Drittel der Schwangerschaft können einige körperliche Faktoren von Frau und Mann die sexuelle Beziehung eines Paares

beeinflussen (Kluge, 2013; Richter, 2005). Auf diese physischen Veränderungen beider Geschlechter in der Schwangerschaft in Bezug auf das Sexualverlangen wird in den Kapiteln 3.1.5 und 3.1.6 vertieft eingegangen.

Im 2. Trimenon wird die Schwangerschaft meist bewusst erlebt, da in der Regel erste wichtige Einstellungsfragen zum Kind geklärt sind. Insbesondere gefestigte Beziehung können sich in dieser Zeit intensivieren. (Friedrich et al., 2015) Kluge (2013) nennt das 2. Trimenon daher als die stabile Phase, da sowohl körperliche Beschwerden als auch die Angst vor Fehlgeburten* abflachen. Eine intensivere sexuelle Beziehung und eine tiefere nähere Verbundenheit können entstehen (Friedrich et al., 2015; Kluge, 2013). Der Bauch der Frau beginnt an Grösse zu gewinnen, weshalb jetzt neue Stellungen beim Geschlechtsverkehr ausprobiert werden können (Kluge, 2013). Die Libido der Frau steigt oftmals an, und Männer fühlen sich sexuell vermehrt angezogen in diesem Schwangerschaftsdrittel. Einige Paare geniessen diese Phase experimentierfreudig. (Richter, 2005) Dies sind mögliche Gründe, weshalb Paare gemäss Friedrich et al. (2015) in dieser Zeit oft häufiger Geschlechtsverkehr haben als vor der Schwangerschaft. Kluge (2013) betont allerdings, dass trotz der beschriebenen, erhöhten Erregbarkeit das Verlangen nach Geschlechtsverkehr kleiner sei als vor der Schwangerschaft. Hinzu können weiterbestehende Ängste der Frühschwangerschaft* oder neu aufgetretene Sorgen die Sexualität auch in diesem Trimester beeinflussen. Das Bedürfnis nach körperlicher Nähe bleibt aber generell bestehen. (Friedrich et al., 2015)

Durch verstärkte körperliche Beschwerden und das veränderte Selbstbild der Frau im 3. Trimenon nimmt die sexuelle Aktivität vieler Paare nicht selten erheblich ab (Friedrich et al., 2015; Kluge, 2013). Dies auch aufgrund von starken Kindsbewegungen im Bauch der Mutter oder teilweise erschwerten Sexualpraktiken (Friedrich et al., 2015). Die Auseinandersetzung jedes Individuums mit der Zukunft kann ebenfalls Grund dafür sein (Richter, 2005). Das Bedürfnis nach Zärtlichkeit steigt hingegen in diesem Trimenon stark an (Friedrich et al., 2015). Laut Kluge (2013) seien Bestätigungswünsche und ein gesteigerter Zärtlichkeitsaustausch die am häufigsten erwähnten, emotionalen Bedürfnisse dem Partner gegenüber. Das verringerte Verlangen nach Geschlechtsverkehr seitens beider Partner führt gemäss Friedrich et al. (2015) in der Regel zu keinen Problemen in der Beziehung. In der Paarbeziehung wird es insbesondere dann schwierig, wenn die Bedürfnisse von Frau und Mann nicht übereinstimmen (Richter, 2005). Abrundend gilt erneut zu betonen, dass sich das Muster vom Sexualverlangen des

Öfteren wie beschrieben zeigt, jedoch kein Richtwert für die Normalität darstellt (Friedrich et al., 2015).

3.1.5 Weibliche Sexualität in der Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft kann für eine Frau mit psychischen und physischen Veränderungen einhergehen. Je nach Schwangerschaft müssen die Lebenspläne neu überdacht werden, und das Gefühl von Abhängigkeit oder Existenzängste können auftauchen. (Kluge, 2013) Psychische Veränderungen zeigen sich meist in Ängsten jeglicher Art. Sie können sich in allen Schwangerschaftsdritteln unterschiedlich zeigen und verändern. (Friedrich et al., 2015) Einige beeinflussenden Faktoren einer Schwangerschaft sind bereits im Kapitel 3.1.4 beschrieben.

Im ersten Trimenon erleben viele Frauen aufgrund von diversen Hormonen physiologische Schwangerschaftsbeschwerden wie Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder Brustschmerzen. Diese können die Lust auf Geschlechtsverkehr beeinflussen. (Foux, 2008; Kluge, 2013) Oft ist das sexuelle Verlangen der Frau in diesem ersten Schwangerschaftsdrittel gering, und die Frequenz des Koitus* nimmt stark ab (Friedrich et al., 2015; Kluge, 2013).

Im zweiten Trimenon nehmen diese körperlichen Beschwerden oft erheblich ab, und die Sexualität wird von vielen Frauen wieder intensiver erlebt (Kluge, 2013). Dies kann daran liegen, dass das weibliche Geschlechtsorgan, somit auch die Klitoris*, vermehrt durchblutet ist. Demzufolge steigt die Libido der Frau an. (Friedrich et al., 2015) Andererseits kann wie bereits erwähnt, diese zweite stabile Phase nach Kluge (2013) zur Entlastung führen, was sich positiv auf die Sexualität auswirkt.

Im dritten Trimenon nimmt die sexuelle Lust der Frau aufgrund zunehmend grossem Bauch, empfindlichen oder laktierenden* Brüsten, Varizen* oder Hämorrhoiden* oftmals wieder ab (Kluge, 2013). Friedrich et al. (2015) beschreibt dies ähnlich, und erwähnt zusätzlich das Sodbrennen*, die Ungelenkigkeit und die Kurzatmigkeit als Grund für das verminderte sexuelle Verlangen der Frau.

Die Liebe wird oft an der Frequenz des Koitus gemessen. Dies muss in der Schwangerschaft neu überdacht werden. (Richter, 2005) Die sexuelle Aktivität nimmt während der Schwangerschaft oft ab, wobei gleichzeitig das Verlangen nach sexueller Zuneigung stark zunimmt (Polomeno, 2011). Dabei sollte das Gesundheitspersonal, vor allem Hebammen, die Frauen zur nonkoitalen* Sexualität wie Küssen, Kuscheln oder Selbstbefriedigung ermuntern (Friedrich et al., 2015).

3.1.6 Männliche Sexualität in der Schwangerschaft

Nicht nur Frauen spüren den Umschwung, welcher eine Schwangerschaft herbeiführt, auch werdende Väter können in dieser aufreibenden, spannenden, emotionalen Zeit sowohl physische als auch psychische Veränderungen wahrnehmen (Nakić Radoš et al., 2014). Dieses allfällige Auftreten von unspezifischen psychischen und physischen Veränderungen im Übergang zur Vaterschaft wird Couvade-Syndrom genannt. Die körperlichen Veränderungen können sich in Form von vermindertem oder gesteigertem Appetit, einer Gewichtszunahme, Übelkeit oder Rückenschmerzen zeigen. (Maier, 2018) Im Gegensatz dazu fühlen sich einige Männer ausgesprochen stark und in bester körperlicher Verfassung (Johansson et al., 2015). Laut Johansson et al. (2015) werden die physischen Veränderungen von Männern, die das erste Mal Vater werden vermehrt beschrieben, als von denjenigen, die bereits Kinder haben. Im Allgemeinen seien allerdings die körperlichen Veränderungen weniger zu beobachten als die psychischen. Angst um die Partnerin und das Kind, das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren oder nicht vorbereitet auf die kommende Zeit zu sein, sind Gedanken und Emotionen, welche Männer als psychische Belastung bezeichnen (Johansson et al., 2015; Wilkes, Mannix & Jackson, 2010). Nicht selten zeigt sich dies im Sexualverhalten. Werdende Väter fürchten sich davor, das Ungeborene oder die Mutter beim Geschlechtsverkehr zu verletzen. Diese Angst kann ein vermindertes sexuelles Verlangen zur Folge haben, weshalb manche Paare gänzlich auf den Sexualkontakt* in der Schwangerschaft verzichten. (Friedrich et al., 2015) Der Wandel des Selbstwertgefühls wird von werdenden Vätern als weitere psychische Veränderung beschrieben (Johansson et al., 2015; Nakić Radoš et al., 2014; Richter, 2005;). Die neue Verantwortung stellt für viele Männer in der Zeit der Schwangerschaft eine grosse Herausforderung dar (Johansson et al., 2015). Stress oder gesellschaftlicher Druck kann zu individueller Unruhe führen, was das Selbstwertgefühl beeinflusst. Das kann sich beispielsweise in Form einer Erektionsstörung* oder verminderter sexuellen Lust zeigen, was das Selbstwertgefühl wiederum erheblich beeinflusst. (Richter, 2005) Hinzu kommt, dass einige Männer ihre schwangere Frau sexuell anders wahrnehmen. Bei werdenden Vätern kann ein Konflikt zwischen der bisherigen Sexualpartnerin und der werdenden Mutter entstehen (Ganem, 1992, zitiert nach Polomeno, 2011). Nicht alle Männer empfinden ihre schwangere Frau als gleich erotisch wie vorher (Richter, 2005). Im Gegensatz dazu entdecken einige Paare ihre Sexualität in der Schwangerschaft auf eine neue Art und Weise, und ermöglichen sich

gegenseitig eine Entwicklung oder Erforschung der eigenen Sexualität (Ganem, 1992, zitiert nach Polomeno, 2011; Richter, 2005). In diesem Zusammenhang ist eine offene und schamlose Kommunikation zwischen den Partnern essenziell (Richter, 2005).

Insbesondere für Männer kann dies schwierig sein. Über sexuelle Probleme und psychische Veränderungen zu sprechen, stellt für Männer eine besondere Herausforderung dar, weil diese insbesondere in der Schwangerschaft unbeachtet und tabuisiert sind. (Polomeno, 2011; Richter, 2005). Die Hebammen können dabei eine unterstützende Funktion einnehmen, indem sie den Partner vermehrt in die Schwangerschaft miteinbeziehen (Nakić Radoš et al., 2014; Polomeno, 2011; Richter, 2005; Wilkes et al., 2010; Williamson et al., 2006).

3.2 Sexuaufklärung

Im folgenden Kapitel werden die Sexuaufklärung sowie deren Grundsätze und Ziele definiert und erläutert. In einem weiteren Abschnitt wird die Sexuaufklärung in der Schwangerschaft thematisiert

3.2.1 Definition

Sexuaufklärung ist ein lebenslanger Prozess (BZgA, 2011). Das Lernen von kognitiven, emotionalen, sozialen, interaktiven und psychischen Aspekten der Sexualität definiert die WHO (2006) als Sexuaufklärung. Die Definition macht indirekt deutlich, dass Sexuaufklärung ein grosser, vielfältiger Bereich abdeckt und nicht nur die Veränderung des Sexualverhaltens miteinschliesst (BZgA, 2011). Ähnlich beschreibt es die United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2018) als ein altersgerechter, kulturell relevanter Unterrichtsansatz über Sexualität und Beziehung. Wissenschaftlich korrekte, realistische und nicht wertende Informationen rund um die Sexualität werden dabei vermittelt (BZgA, 2011). Laut der UNESCO (2018) ermöglicht Sexuaufklärung die eigenen Werte und Einstellungen zu erkunden und die Entscheidungsfindungs-, Kommunikations- und Risikominderungsfähigkeit bezüglich der Sexualität aufzubauen. Nach der Organisation «Sexuelle Gesundheit Schweiz» ist die Sexuaufklärung Bestandteil von der Bildung der sexuellen Gesundheit (Sexuelle Gesundheit Schweiz, n.d.). Ganzheitlich betrachtet meint die WHO (2006) mit sexueller Gesundheit denjenigen Zustand, bei welchem physisches, emotionales, geistiges und

soziales Wohlbefinden bezüglich der Sexualität vorliegt. Um sexuelle Gesundheit zu erlangen oder beizubehalten sind sowohl ein positiver Zugang zur Sexualität als auch ein respektvoller Umgang damit Voraussetzungen. Die Offenheit sexuelle Beziehungen einzugehen sowie die Möglichkeit risikoarme und genussvolle Sexualität zu erfahren, welche frei von Zwang, Gewalt und Diskriminierung ist, sind weitere Bedingungen. Um das Ziel, die sexuelle Gesundheit zu erlangen und erhalten, müssen die sexuellen Rechte der Menschen geschützt, geachtet und garantiert werden. Hinzu hat jeder Mensch ein Recht auf Sexualaufklärung. (WHO, 2006)

Allgemein können Sexualaufklärungsprogramme aus historischer und global ausgerichteter Perspektive grob in drei Kategorien eingeteilt werden. Einerseits in Enthaltsamkeitsprogramme (Typ 1), welche primär oder ausschliesslich darauf abzielen auf den vorehelichen Geschlechtsverkehr zu verzichten. Die zweite Kategorie, die sich umfassende Sexualaufklärung (Typ 2) nennt, schliesst sowohl die beschriebene Enthaltsamkeit von Typ 1 als auch die Verhütung und den geschützten Geschlechtsverkehr mit ein. Elemente aus dem Programm von Typ 2 sind wiederum Teil der ganzheitlichen Sexualaufklärung (Typ 3), welche die einzelnen Elemente des Heranwachsens und der persönlichen und sexuellen Entwicklung in einen grösseren Zusammenhang stellen. (BZgA, 2011) Die WHO (2006) empfiehlt insbesondere die ganzheitliche Sexualaufklärung zu beleuchten und umzusetzen. Um eine ganzheitliche Sexualaufklärung führen zu können, sind das Wahren der Privatsphäre, das Respektieren von Grenzen und die Atmosphäre des Vertrauens Voraussetzung (BZgA, 2011).

Die Menschheitsgeschichte zeigt, dass Sexualität lange als Bedrohung der menschlichen Gesundheit galt. Die Sexualität wurde mit hohen Risiken in Verbindung gebracht, wie unheilbare sexuell übertragbare Krankheiten und ungewollte Schwangerschaften. Aufgrund dessen hat die Sexualaufklärung einen präventiven Charakter, welcher sich im Laufe der Zeit anpasste. Lange wurde in der Sexualaufklärung vorwiegend über potenziellen Gefahren aufgeklärt. Heutzutage liegt der Fokus auf dem Vermeiden von negativen Folgen der Sexualität sowie der Verbesserung der Lebensqualität, Gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens. (BZgA, 2011) Die WHO (2006) legt nahe, dass die Sexualaufklärung stark zur allgemeinen Gesundheitsförderung beiträgt.

3.2.2 Grundsätze und Ziele

Einer ganzheitlichen Sexualaufklärung liegen folgend beleuchtete Grundsätze zugrunde. Der Beginn der Sexualaufklärung startet bereits mit der Geburt. Als erstes soll Sexualaufklärung altersgerecht sein. Kulturelle, soziale und genderspezifische* Aspekte sind dabei miteingeschlossen. Hinzu orientiert sich die Sexualaufklärung an sexuellen und reproduktiven Menschenrechten sowie an gesundheitsspezifischen Konzepten des Wohlbefindens. Die Vermittlung von wissenschaftlich korrekten Informationen gilt als Basis. Nicht nur die Gleichstellung der Geschlechter, sondern auch die Selbstbestimmung jedes Individuums und die Anerkennung der Vielfalt sind weitere Grundprinzipien der Sexualaufklärung. Zu guter Letzt soll jeder Einzelne dazu befähigt werden, die Sexualaufklärung als ein Beitrag zu einer von Mitgefühl und Gerechtigkeit geprägten Gesellschaft zu verstehen. (BZgA, 2011)

Aus diesen Grundsätzen leiten die BZgA (2011) folgende Ziele ab:

- Toleranz, Offenheit und Respekt gegenüber der Sexualität, unterschiedlicher Lebensstile, Haltungen und Werte
- Achtung der Vielfalt und Verschiedenheit der Geschlechter
- Bewusstsein für sexuelle Identität und Geschlechterrollen
- informierte Entscheidungen treffen
- Bewusstsein und Kenntnis über den menschlichen Körper, dessen Entwicklung und Funktion, insbesondere was die Sexualität betrifft
- lernen Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken
- lustvolle Sexualität erfahren
- eigene Geschlechterrolle und sexuelle Identität entwickeln
- angemessene Informationen über körperliche, kognitive, soziale, emotionale und kulturelle Aspekte der Sexualität bereitstellen, was die Verhütung und Prävention mit einschliesst
- Vermittlung der nötigen Lebenskompetenzen, um mit Sexualität und Beziehungen umgehen zu können
- Verbreitung von Informationen über Beratungsstellen und medizinische Leistungen
- Reflexion über Sexualität und unterschiedliche Normen und Werte anregen

- Fähigkeit (sexuelle) Beziehungen im gegenseitigen Verständnis und Respekt für Bedürfnisse und Grenzen des Gegenübers aufzubauen und demnach die Fähigkeit gleichberechtigte Beziehungen zu führen
- Lernen über Sexualität, Emotionen und Beziehungen zu sprechen und die Entwicklung der dafür notwendigen Sprachkompetenz fördern

3.2.3 Sexuaufklärung in der Schwangerschaft

Wie zu Beginn der Arbeit beschrieben, besteht ein enormer Forschungsbedarf bezüglich der Sexuaufklärung in der Schwangerschaft. Allerdings scheint es Hinweise zu geben, dass die Sexuaufklärung in der Schwangerschaft besonders vernachlässigt wird, und die Integration in die Schwangerschaftsvorsorge* sinnvoll wäre. (Afshar et al., 2012; Foux, 2008; Friedrich et al., 2015; Richter, 2005; Williamson et al., 2006) Gemäss Richter (2005) braucht es bereits in der Schwangerschaft realistische Informationen dazu, was Frauen und deren Partner im Übergang zur Elternschaft erwarten können. Die Frühschwangerschaft eignet sich nach Williamson et al. (2006) besonders dafür, Paare über die Veränderungen der Sexualität in der Schwangerschaft zu informieren. Friedrich et al. (2015) empfiehlt sowohl schwangere Frauen als auch deren Partner, welche an der Schwangerschaftsvorsorge teilnehmen, auf die Partnerschaft und Sexualität anzusprechen. Es gehe darum, schwangerschaftsbedingte Ängste zu reduzieren und Paare adäquat über die Sexualität in der Schwangerschaft zu beraten. Dadurch sollen Missverständnisse zwischen den Paaren minimiert werden. (Afshar et al., 2012; Esmaeili et al., 2019; Friedrich et al., 2015; Navidian et al., 2016; Wannakosit & Phupong, 2010) Richter (2005) formuliert die Bedeutung der Beteiligung des Partners an der Sexuaufklärung folgendermassen: «Männer haben mehr mit Schwangerschaft, Geburt und Elternsein zu tun, als nur Begleiter ihrer Partnerin zu sein.» Diesbezüglich ermutigen Richter (2005) und Wilkes et al. (2010) die Hebammen, Männer in die Sexuaufklärung miteinzubeziehen. Werdende Väter äussern einen enormen Respekt gegenüber Hebammen, aber werden allgemein deutlich weniger wahrgenommen als die werdenden Mütter (Richter, 2005). An dieser Stelle ist die Rolle der Hebamme entscheidend. Sie hat die Möglichkeit mit beiden werdenden Elternteilen in nahem Kontakt zu stehen. Hebammen können bereits mit einfachen Informationen eine erste Hilfestellung bieten. Dabei ist wichtig, Paare in ihrem Prozess zu bestärken und zu unterstützen. Zusätzlich sollte betont werden, dass die Bedürfnisse beider Geschlechter normal und in Ordnung

sind. Allerdings soll ein Paar nie dazu gedrängt werden, über Sexualität zu sprechen, da solch ein Gespräch Zeit, Ruhe und gegenseitige Wertschätzung braucht. (Richter, 2005) Hebammen eignen sich besonders für diese Aufgabe, da sie gemäss Sandall et al. (2016) die menschliche, reproduktive und sexuelle Gesundheit fördern, schützen und unterstützen. Die respektvolle, vorausschauende und flexible Betreuung der Hebamme ist an die Bedürfnisse der Frau, des Neugeborenen, ihrer Familie und Gemeinschaft angepasst. Des Weiteren wird die ganze Familie von der Hebamme befähigt, Eigenverantwortung für die Gesundheit zu übernehmen. Um eine ganzheitliche Betreuung sowie die Bedürfnisse einer Familie umfassend gewährleisten zu können, sollten Hebammen mit anderen Gesundheitsangehörigen in Zusammenarbeit praktizieren. (Sandall et al., 2016) An dieser Stelle äussert Friedrich et al. (2015), dass das Erfragen der individuellen Sexualität Bestandteil eines gynäkologischen Untersuchs ist. Gynäkologen und Gynäkologinnen sind somit Teil der sexuellen Aufklärung in der Schwangerschaft. Bostani Kholesi, Bokaie & Attari (2018) betonen zusätzlich, dass das Gesundheitspersonal Massnahmen ergreifen muss, um sexuellen Probleme in der Schwangerschaft vorzubeugen oder sie zu therapieren. Wie im Kapitel 3.2.1. angesprochen, sollte sich die Sexualaufklärung nicht primär auf die Prävention von Krankheiten fokussieren, sondern die sexuelle Gesundheit ins Zentrum stellen. Um eine diesbezügliche positive Grundhaltung zu vermitteln und ängstliche Zustände zu vermeiden, ist eine nicht wertende Kommunikationsweise essenziell. Sich generell sicher zu fühlen, ist für die aufgeklärte Person von grosser Bedeutung. (BZgA, 2011) Nach Foux scheinen insbesondere Männer einen «Sicheren Hafen» zu brauchen, damit eigene Emotionen und Probleme ausgesprochen werden können. Im Allgemeinen soll eine Atmosphäre des Vertrauens geschaffen werden. Dabei soll jeder seinen individuellen, persönlichen und intimen Raum kennen und den des anderen akzeptieren. Diese Gegebenheiten müssen bestehen, damit die sexuelle Gesundheit eines Menschen unterstützt werden kann. (BZgA, 2011)

Sexualaufklärung in der Schwangerschaft könnte in unterschiedlicher Art und Weise stattfinden. Denkbar wäre sie in Form eines Seminars, das mit geschlechtergetrennten oder geschlechterdurchmischten Gruppen stattfindet. In diesem Zusammenhang erwähnt Richter (2005), dass Sexualität in oder nach der Schwangerschaft nicht selten ein gefragtes Thema in Männergruppen ist. Der Austausch werde von den werdenden Vätern

geschätzt und sei vermehrt im Vordergrund, wenn Frauen nicht anwesend sind. Auch Frauen schätzen in ihrer vulnerablen* Phase Unterstützungsangebote (Foux, 2008). Hierfür eignen sich laut Foux (2008) «Frauen-Selbsthilfegruppen». Des Weiteren könne Sexualaufklärung in Form von Internetseiten, Videos oder Büchern vermittelt werden, was einige werdende Eltern besonders bevorzugen. Internetseiten, Broschüren, Bücher, Fernsehbeiträge oder die Zeitung stellen im Allgemeinen eine geschätzte Informationsquelle dar. Sie können durch passgenaue Informationen Sicherheit vermitteln und sowohl Rollenbilder als auch Vorbilder liefern. (BZgA, 2011) Nicht selten wäre Sexualaufklärung von Angesicht zu Angesicht gefragt, da dieses Setting vermutlich für viele Menschen eine sichere Umgebung bietet. Wie bereits beschrieben, kann die Hebamme diesbezüglich eine besonders wichtige Rolle einnehmen, indem sie die Sexualaufklärung in die Schwangerschaftsvorsorge integriert (Afshar et al., 2012; Foux, 2008; Friedrich et al., 2015; Richter, 2005; Williamson et al., 2006).

4. Ergebnisse

Dieses Kapitel behandelt die für die Fragestellung relevanten Studien. Nach der jeweiligen inhaltlichen Zusammenfassung der Forschungsartikel folgt die kritische Würdigung anhand des AICA-Rasters nach Ris & Preusse-Bleuler (2015). Die Studien sind alphabetisch geordnet.

4.1 Zusammenfassung: Bahadoran et al. (2015)

Mit einer quasiexperimentellen Studie erforschen Bahadoran et al. (2015) den Einfluss von persönlicher Sexualaufklärung und Gruppen-Sexualaufklärung in der Schwangerschaft auf die Sexualfunktion der werdenden Eltern. Bahadoran et al. (2015) leiten mit vielfältiger Literatur an die Thematik heran. Dabei wird die Wichtigkeit einer gesunden sexuellen Beziehung, die mangelnde sexuelle Aufklärung der werdenden Eltern und das Ignorieren der aufklärenden Rolle vom Gesundheitspersonal, besonders betont. Diverse Methoden zur sexuellen Aufklärung werden erläutert, wobei das Einsetzen einer Lernsoftware als besonders vorteilhaft beschrieben wird.

Zur Population der Studie gehören iranische, muslimische schwangere Frauen (Alter <40 Jahre) und deren Ehepartner (Alter ca. 50 Jahre). In der Datenerhebung miteingeschlossen sind werdende Mütter ab der 20. Schwangerschaftswoche. Von der Rekrutierung ausgeschlossen sind Paare mit einer pathologischen Krankenanamnese oder Drogenabusus sowie diejenigen, die Medikamente einnehmen, welche mit der Sexualfunktion kontraindiziert sind. Eine Risikoschwangerschaft und ein akutes, stressiges Ereignis im letzten Jahr, wie Kindstod oder Krankheit, zählen als weiteres Ausschlusskriterium.

Für die Studie sind 64 Paare, randomisiert aus verschiedenen Kliniken in Isfahan, ausgewählt und in zwei Interventionsgruppen mit jeweils 32 Paaren eingeteilt. Alle interessierten Paare werden telefonisch über das Ziel und Vorgehen der Studie informiert. Die Durchführung der Sexualaufklärung erfolgt in beiden Gruppen über einen Zeitraum von einem Monat. Die Lektion leitet eine Person des Forschungsteams mithilfe einer Software und dauert 90-120 Minuten. Nach der Sitzung besteht die Möglichkeit Fragen zu klären sowie das Lernprogramm und die Inhalte der Vorlesung zu Hause zu wiederholen. Die Datenerhebung erfolgt von August bis November 2013. Die Sexualfunktion des Paares wird vor der Intervention und vier Wochen danach anhand eines geeigneten Fragebogens ermittelt. Das Forschungsteam nutzt zwei verschiedenen Fragebögen, um

die weibliche und männliche Sexualfunktion zu erheben. Der Fragebogen vor der Intervention wird von einer Person des Forschungsteams mittels eines Interviews oder eigenhändig durch die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in einem ruhigen privaten Raum ausgefüllt.

Die Datenanalyse erfolgt anhand von dem independent t-Test, paired-Test, Chi-square Test, Mann-Whitney Test und mittels ANCOVA und ANOVA. Die Studie ist von der Ethikkommission der Isfahan Universität für Medizin geprüft und genehmigt.

Die erhobenen demografischen Daten weisen keine Signifikanz auf. Die Ergebnisse beider Geschlechter zeigen eine signifikant verbesserte Sexualfunktion nach der Intervention. Im Gesamtüberblick der Paare zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen. Die Analyse der Väter nach der Intervention hingegen zeigt, dass die Interventionsgruppe mit persönlicher Sexualaufklärung einen signifikant höheren Mittelwert der Sexualfunktion aufweist als die Probanden und Probandinnen der Gruppen-Sexualaufklärung.

Die Diskussion erörtert die erhaltenen Resultate mit diverser Literatur, welche die Ergebnisse stützen und solche, die das Gegenteil besagen. Bahadoran et al. (2015) erläutern, dass die persönliche Sexualaufklärung dabei einen geschützteren Rahmen bietet. Dies ermöglicht denjenigen, welche kulturell oder gesellschaftlich bedingt Schwierigkeiten haben, über die Sexualität zu sprechen, sich offen über ihre Gefühle, Ängste und Bedenken zu äussern und darüber zu diskutieren. Teilnehmer und Teilnehmerinnen einer Gruppen-Sexualaufklärung haben die Möglichkeit, sexuelle Probleme und Bedürfnisse mit anderen zu teilen sowie zu lernen über Sexualität zu sprechen. Im Gruppensetting zeigt sich der Bildungsbedarf einzelner, von welchem alle Gruppenmitglieder profitieren können. Hinzu ist diese Methode kosteneffektiv für werdende Eltern, und mehrere Paare können miteingeschlossen werden. Bahadoran et al. (2015) betonen in der Schlussfolgerung die Notwendigkeit, dass das Gesundheitspersonal, insbesondere Hebammen, die Sexualaufklärung in die Schwangerschaftsvorsorge integrieren sollten. Laut Bahadoran et al. (2015) kann das Ziel, die sexuelle Gesundheit und Beziehung eines Paares in der Schwangerschaft zu festigen, nur erreicht werden, wenn das Gesundheitspersonal sich weiterbildet.

4.2 Würdigung: Bahadoran et al. (2015)

Bahadoran et al. (2015) erforschen eine wichtige Thematik für das Gesundheitspersonal, insbesondere für Hebammen. Das Ziel der Studie ist klar definiert. Auf eine Fragestellung oder Hypothesen wird verzichtet. Mit diverser Literatur wird differenziert an die Thematik herangeführt. Dabei wird der Forschungsbedarf nicht explizit erwähnt oder begründet. Es werden verschiedene Aufklärungsmethoden erläutert. Die Auswahl der beiden verwendeten Methoden sind nicht begründet.

Die Stichprobengrösse ist angemessen, wobei die Gruppenzuteilung randomisiert erfolgt. Eine «Sample-size-calculation» wird nicht beschrieben. Die Resultate sind vertrauenswürdig, da die demografischen Daten nicht signifikant sind. Demzufolge können die beiden Gruppen miteinander verglichen werden. Die Drop-Outs sind nicht erwähnt. Die Ergebnisse können auf werdende Eltern einer isfahanischen Klinik übertragen werden. Über die interne und externe Validität werden keine Aussagen gemacht.

Die Daten sind passend zum Forschungsziel erhoben. Bei allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen werden die gleichen Daten zu denselben Zeitpunkten ermittelt. Die verwendeten Messinstrumente sind reliabel und valide. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgt teilweise durch die Teilnehmer und Teilnehmerinnen oder das Forschungsteam. Der daraus resultierende mögliche Einfluss wird nicht kritisch hinterfragt. Die Intervention wird teilweise beschrieben. Dabei sind der Ablauf und die darin vorkommenden Inhalte der Sexualaufklärung nicht vollständig ersichtlich.

Die Auswahl der verwendeten statistischen Verfahren ist nachvollziehbar und passend zur Datenerhebung. Über das Signifikanzniveau werden keine Angaben gemacht.

Ethische Prinzipien sind berücksichtigt und nachvollziehbar beschrieben.

Die Ergebnisse werden grösstenteils nachvollziehbar und präzise beschrieben. Die Tabellen sind meist ergänzend zum Text dargestellt.

In der Diskussion setzen sich Bahadoran et al. (2015) umfassend mit den Ergebnissen auseinander und vergleichen sie mit anderen Forschungsarbeiten. Zu nicht kongruenten Ergebnissen anderer Studien formuliert das Forschungsteam mögliche Begründungen. Limitationen der geografischen Generalisierbarkeit und dass Selbstberichte zu Unter- oder Überschätzung führen können, werden von Bahadoran et al. (2015) nicht erwähnt.

Schlussfolgerungen werden differenziert und sinnvoll erläutert.

Das Verfahren der Studie ist grösstenteils objektiv. Aufgrund fehlender Informationen des

methodischen Vorgehens ist die Reliabilität und die Validität eingeschränkt. Diese Studie wird dem Evidenzlevel IIb zugeordnet.

4.3 Zusammenfassung: Heidari et al. (2017a)

Heidari et al. (2017a) untersuchen den Einfluss von pränataler Sexualaufklärung mit Beteiligung der Ehemänner auf die Sexualfunktion eines Paares. Mittels einer quasiexperimentellen Studie erforschen Heidari et al. (2017a) die Thematik in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Mit verschiedener Literatur wird ins Thema eingeleitet. Die Wichtigkeit einer gesunden sexuellen Beziehung, das Empfangen von falschen oder mangelnden Informationen über die Sexualität in der Schwangerschaft sowie das mangelnde Miteinbeziehen des Gesundheitspersonals in der Aufklärung, wird besonders betont. Heidari et al. (2017a) beschreiben den Forschungsbedarf aufgrund eines Mangels an Studien, die über den Effekt der Beteiligung des Partners an der Sexualaufklärung in der Schwangerschaft berichten.

Zu den Einschlusskriterien der Studie zählen erstgebärende Frauen mit einer Einlingsschwangerschaft*, welche zu Beginn der Studie ein Gestationsalter zwischen 10. und 12. Wochen erreicht haben. Als weiteres Einschlusskriterium zählt die feste Beziehung zwischen den Paaren. Für die Datenerhebung ausgeschlossen sind Raucherinnen, diejenigen Paare mit einer pathologischen Krankengeschichte, solche die Medikamente einnehmen oder mangelnden Geschlechtsverkehr aufgrund von medizinischen Problemen haben.

Zur Stichprobe zählen 128 Paare von einem öffentlichen Gesundheitszentrum in Tehran, welche Heidari et al. (2017a) randomisiert in zwei Interventionsgruppen und eine Kontrollgruppe einteilen. In der Interventionsgruppe A erhalten beide Elternteile Sexualaufklärung in demselben Raum. In der Interventionsgruppe B werden hingegen nur die schwangeren Frauen sexuell aufgeklärt. Gruppe C stellt die Kontrollgruppe dar, welche keine Sexualaufklärung erhalten. Die Intervention wird durch eine ausgebildete Hebamme durchgeführt und basiert inhaltlich auf bisher durchgeführten Studien und Erfahrungen von Sexualpädagogen und Sexualpädagoginnen. Die 90-minütige Sexualaufklärung findet einmal pro Woche während zwei aufeinanderfolgenden Wochen in einem Gesundheitszentrum im Iran statt. Die Frauen von Gruppe A und B erhalten nach der ersten Lektion ein selbstgeschriebenes Aufklärungsbuch und werden gebeten, dies mit ihrem Partner gemeinsam zu repetieren. Es besteht die Möglichkeit, allfällige Fragen in

der Lektion, per Telefon oder via Telegramm zu klären. Die Datenerhebung erstreckt sich über 12 Monate im Jahr 2016. Nach dem Ausfüllen eines einmaligen Fragebogens über die demografischen Merkmale werden folgende Messzeitpunkte festgelegt, um die Sexualfunktion der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu erfassen: Vor der Intervention (10.-12. Schwangerschaftswoche), vier Wochen nach der Intervention, in der 26.-28. Schwangerschaftswoche und in der 34.-36. Schwangerschaftswoche. Die Fragebögen über die weibliche und männliche Sexualfunktion sind auf das jeweilige Geschlecht ausgerichtet und somit unterschiedlich. Bezüglich der Messinstrumente erwähnt das Forschungsteam, dass Selbstberichte zu Unter- oder Überschätzung führen können. Die Daten sind mittels dem Komogorov Smirnov Test auf die Normalverteilung geprüft und alle im Programm SPSS analysiert. Das statistische Verfahren ANOVA wird verwendet, um normalverteilte Mittelwerte der Gruppen zu vergleichen. Eine wiederholte ANOVA erfolgt, um die Mittelwerte der verschiedenen Fragebögen in den Gruppen zu analysieren. Zur Beurteilung der qualitativen Daten verwenden Heidari et al. (2017a) den Chi-square Test. Die Ethikkommission der Tarbiat Modares Universität hat die Studie geprüft und genehmigt.

Die demografischen Daten sowie die Sexualfunktion des Paares vor der Intervention zeigen keine Signifikanz auf. Im Vergleich zur Kontrollgruppe weisen die Ergebnisse sowohl bei den schwangeren Frauen als auch bei deren Partnern vier Wochen nach der Intervention einen signifikanten Anstieg der Sexualfunktion auf. Im Gegensatz zu den Frauen zeigt sich bei den Männern zusätzlich eine signifikant verbesserte Sexualfunktion zehn Wochen nach der Intervention (26.-28. Schwangerschaftswoche). In der 34.-36. Schwangerschaftswoche ist weder bei den Frauen noch bei den Männern ein signifikanter Unterschied erkennbar. Zwischen den beiden Interventionsgruppen besteht in keiner Weise eine Signifikanz.

Die Forscher diskutieren die erhaltenen Ergebnisse anhand diverser Literatur umfassend. Dabei wird die positive Wirkung der Sexualaufklärung auf die Sexualfunktion der Paare in der Schwangerschaft betont. Alle Resultate bezüglich der Wirksamkeit der Sexualaufklärung und der Beteiligung des Mannes daran werden mit Studien, die das Gleiche und mit solchen, die das Gegenteil besagen, verglichen. Ferner wird dargelegt, dass Sexualaufklärung zu vermehrtem Wissen und zu einer Abnahme von Ängsten führen kann. Mittels verschiedener Literatur diskutieren Heidari et al. (2017a), dass falsche Informationen zu einer Distanzierung der Paare führen können. Dabei wird die sexuelle

Aktivität als gegenseitige Beziehung beschrieben. Weiter wird referenziert, dass persönliche Aufklärung individueller sein kann und die Möglichkeit bietet über schwierige Themen zu sprechen. Es wird erläutert, dass die Sexualaufklärung der Frau in der Schwangerschaft ausreicht, sofern die Inhalte der Sexualaufklärung mittels eines Handouts mit dem Partner gemeinsam diskutiert werden. Auf diese Weise findet laut Heidari et al. (2017a) indirekte Aufklärung des Partners statt, was zusätzlich zeitsparender, kostengünstiger und ressourcenzuweisender ist. Heidari et al. (2017a) empfehlen, die Sexualaufklärung in die Schwangerschaftsvorsorge zu integrieren. Ferner wird die Wichtigkeit der Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitspersonal, vor allem den Hebammen, den Sexualpädagogen und Sexualpädagoginnen und den Sexualberatern und Sexualberaterinnen, betont. Um eine adäquate Beratung des Paares zu gewährleisten, sei die interdisziplinäre Weiterbildung essenziell.

4.4 Würdigung: Heidari et al. (2017a)

Heidari et al. (2017a) erforschen ein relevantes Thema für Gesundheitsangehörige, insbesondere für Hebammen. Der Forschungsbedarf wird anhand verschiedener Literatur aufgezeigt und begründet. Es werden weder eine klare Fragestellung noch Hypothesen beschrieben. Das Ziel der Studie ist präzise und klar formuliert. Das Studiendesign ist sinnvoll und passend zum Phänomen gewählt. Zur internen und externen Validität werden keine Angaben gemacht.

Die Stichprobengrösse ist angemessen. Die Gruppengrössen liegen knapp unter der berechneten «sample size calculation». Die Drop-outs sind klar deklariert. Die Stichprobe entspricht einer Power von über 90%, weshalb die Drop-outs die Ergebnisse nicht beeinflussen. Die verschiedenen Gruppen sind untereinander vergleichbar, da die demografischen Daten keinen signifikanten Unterschied zeigen. Heidari et al. (2017a) erläutern nicht, dass die Ergebnisse nur auf iranische Paare zu übertragen sind.

Alle Daten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen werden bis auf die zwei verschiedenen Fragebögen der Geschlechter mit derselben Methode erhoben. Die Erhebung der Daten ist nachvollziehbar und entspricht dem Forschungsziel. Die Auswahl der Fragebögen wird klar begründet und die verwendeten Messinstrumente sind reliabel und valide.

Das Vorgehen zur statistischen Datenanalyse ist sinnvoll gewählt und nachvollziehbar beschrieben. Das Signifikanzniveau ist bei 5 % definiert.

Die Intervention wird präzise und nachvollziehbar beschrieben, wobei mögliche Einflüsse

nicht erwähnt werden. Die ethischen Aspekte werden umfänglich geprüft und beschrieben. Die Ergebnisse werden grösstenteils präzise und vollständig erläutert. Die Ergebnisse sind in Form von Tabellen und Grafiken, meist ergänzend zum Text dargestellt. Heidari et al. (2017a) erläutern im Text Signifikanzen, welche in den Tabellen nicht dem definierten Signifikanzniveau entsprechen. Dass die unterschiedlichen Fragebögen der Geschlechter und die Sexualität als Tabuthema die Ergebnisse beeinflussen könnten, wird nicht beschrieben.

Die Resultate werden umfassend in der Diskussion erläutert, begründet und mit diverser Literatur verglichen. Heidari et al. (2017a) begründen andere Forschungsergebnisse, welche das Gegenteil besagen. Einige Stärken und Schwächen sind vom Forschungsteam beschrieben. Mit Berücksichtigung der beschriebenen Limitationen ist die Studie objektiv, reliabel und valide. Die Studie wird dem Evidenzlevel IIb zugeordnet.

4.5 Zusammenfassung: Heidari et al. (2017b)

Heidari et al. (2017b) eruieren mit einer quasiexperimentellen Studie den Einfluss von Sexualaufklärung auf die Sexualfunktion und die sexuelle Zufriedenheit von schwangeren Frauen und deren Partner in der ersten Hälfte der Schwangerschaft. In das Thema einführend, betonen Heidari et al. (2017b) die Wichtigkeit der sexuellen Zufriedenheit, den Einfluss der Schwangerschaft auf die Sexualität der Paare und der diesbezügliche Informationsmangel. Anhand dieses mangelnden Informationsflusses und einer begrenzten Anzahl Studien, die über den Effekt der Beteiligung des Partners an der Sexualaufklärung in der Schwangerschaft berichten, wird der Forschungsbedarf begründet.

Zur Stichprobe der Forschungsarbeit zählen erstgebärende Frauen zwischen der 10. und 12. Schwangerschaftswoche und deren Partner. Eine feste Beziehung der Paare ist zur Studienteilnahme vorausgesetzt. Paare, welche Medikamente einnehmen, die mit der Sexualfunktion kontraindiziert sind und solche mit einer pathologischen Krankenanamnese, sind in der Studie ausgeschlossen. Eine Risikoschwangerschaft, Mehrlingsschwangerschaften und Fehlgeburten sind weitere Ausschlusskriterien der Forschungsarbeit.

Die Studie erstreckt sich über sechs Monate im Jahr 2016 in einem öffentlichen Gesundheitszentrum in Tehran. Von 140 angefragten Paaren erfüllen 128 Paare die Einschlusskriterien und werden von Heidari et al. (2017b) zufällig und gleichmässig in drei

Gruppen eingeteilt. Dabei erhält die Interventionsgruppe A Sexuaufklärung als Paar, während in der Interventionsgruppe B werden lediglich die Frauen sexuell aufgeklärt werden. Gruppe C dient als Kontrollgruppe mit routinemässiger Schwangerschaftsvorsorge ohne zusätzliche Sexuaufklärung. Die 90- minütige Sexuaufklärung erfolgt in beiden Interventionsgruppen einmal pro Woche während zwei aufeinanderfolgenden Wochen durch eine ausgebildete Hebamme, der Forscherin. Nach der ersten Lektion werden die Frauen gebeten, das ausgehändigte, selbst geschriebene Aufklärungsbuch mit dem Partner gemeinsam zu repetieren. Allfällige Fragen können direkt im Unterricht, per Telefon oder via Telegramm gestellt werden. Die Daten werden vor der Intervention und vier Wochen danach von allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen erhoben.

Hierfür verwenden Heidari et al. (2017b) fünf verschiedene Fragebögen, welche alle von den Probanden und Probandinnen ausgefüllt werden. Einer davon ermittelt die demographischen Daten. Die Männer und die Frauen erhalten jeweils zwei unterschiedliche Fragebögen, um einerseits die sexuelle Zufriedenheit und andererseits die Sexualfunktion zu erfassen.

Die Daten sind mittels dem Kolmogorov-Smirnov Test auf die Normalverteilung geprüft und alle im Programm SPSS analysiert. Bei Normalverteilung der Daten erfolgt der Vergleich der Mittelwerte mit dem statistischen Verfahren ANOVA, andernfalls mit dem Kruskal-Wallis Test. Für die post hoc Analyse verwenden Heidari et al. (2017b) den Tukey's and Mann-Whitney-Test und zur Beurteilung der qualitativen Daten den Chi-square Test. Die Studie ist von der Ethikkommission der Tarbiat Modares Universität geprüft und genehmigt.

Die Ergebnisse der demografischen Daten, der Sexualfunktion und der sexuellen Zufriedenheit vor der Intervention weisen keinen signifikanten Unterschied zwischen allen Gruppen auf. Nach der Sexuaufklärung zeigt sich hingegen in beiden Interventionsgruppen in allen Fragebögen ein signifikanter Anstieg der Sexualfunktion und der sexuellen Zufriedenheit, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zwischen den beiden Interventionsgruppen besteht kein signifikanter Unterschied.

Die positive Wirkung der individuellen und persönlichen Sexuaufklärung wird in der Diskussion erläutert und mit unterschiedlicher Literatur untermauert. Bezüglich der Wirkung der Sexuaufklärung und der Beteiligung des Mannes daran, werden nicht kongruente Ergebnisse anderer Studien erwähnt. Als mögliche Gründe werden andere

demografische Daten, unterschiedliche Fragebögen, verschiedene Aufklärungsmodelle oder die Sitzungsdauer genannt. Heidari et al. (2017b) erläutern, dass Sexuaufklärung verzweifelte Zustände in der Beziehung reduzieren kann und Paare demzufolge eine intime Beziehung und die sexuelle Aktivität in der Schwangerschaft weiterführen können. Hierzu wird betont, dass die intimen und emotionalen Bedürfnisse der Schwangeren im Allgemeinen verstärkt werden sollen. Anhand der drei vergleichbaren Gruppen, der erfahrenen Sexualberaterin und dem grossen Interesse an Sexuaufklärungskursen im Iran, zeigen die Forschenden die Stärken der Studie auf. Die Thematik, dass Hebammen und Gynäkologen und Gynäkologinnen sich vor Fehl- oder Frühgeburten* fürchten und demzufolge vom Geschlechtsverkehr abraten, wird aufgegriffen. In diesem Zusammenhang betonen Heidari et al. (2017b) die Wichtigkeit der Weiterbildung vom Gesundheitspersonal im Bereich der Sexuaufklärung.

4.6 Würdigung: Heidari et al. (2017b)

Heidari et al. (2017b) erforschten ein essenzielles Thema für Gesundheitsangehörige, insbesondere für Hebammen. Das Ziel der Studie ist klar deklariert, es sind jedoch weder eine klare Forschungsfrage noch mögliche Hypothesen formuliert. Den Forschungsbedarf zeigen Heidari et al. (2017b) auf und führen mit diverser Literatur an die Thematik heran. Die interne und externe Validität wird nicht explizit erwähnt. Das Forschungsdesign ist sinnvoll und passend zum Phänomen.

Die Gruppengrössen liegen knapp unter der berechneten «Sample-size-calculation». Die Stichprobengrösse ist mit einer Power von mehr als 90% angemessen. Die Drop-outs sind in einem Flussdiagramm dargestellt und beeinflussen die Ergebnisse nicht. Da die demografischen Daten keine Signifikanz zeigen, sind die Gruppen miteinander vergleichbar. Die Ergebnisse sind nicht generalisierbar, da die Datenerhebung lediglich in einem Gesundheitszentrum in Teheran erfolgt. Diese Limitation der Studie wird von Heidari et al. (2017b) nicht erwähnt.

Die Daten werden nachvollziehbar und sinnvoll in Bezug auf das Forschungsziel erhoben. Die Fragebögen der Frauen sind geeignete Messinstrumente für das Phänomen, da deren Validität und Reliabilität von diversen Studien erwiesen und durch Heidari et al. (2017b) begründet sind. Die Messinstrumente der Männer sind ebenfalls geeignet und begründet, wobei beim einen die Angaben zur Reliabilität und beim anderen die Angaben zur Validität

fehlen. Den möglichen Einfluss auf die Ergebnisse, dass die Geschlechter unterschiedliche Messinstrumente ausfüllen, erwähnen Heidari et al. (2017b) nicht. Die Intervention wird exakt und nachvollziehbar beschrieben. Die ethischen Prinzipien werden vollumfänglich berücksichtigt und beschrieben.

Die verwendeten statistischen Verfahren und das Vorgehen der Analyse werden detailliert beschrieben, begründet und sind sinnvoll gewählt. Das Signifikanzniveau ist klar definiert und liegt bei 5%.

Die Ergebnisse sind nachvollziehbar und meist detailliert beschrieben. Die Tabellen sind vollständig, präzise und eine Ergänzung zum Text, sodass die Interpretationen des Forschungsteams überprüft werden können.

Das Hauptergebnis wird in der Diskussion umfassend diskutiert, wobei die Interpretationen des Forschungsteams mit den Resultaten übereinstimmen. Heidari et al. (2017b) untermauern die erhaltenen Resultate mit diverser Literatur und erläutern sinnvolle, mögliche Erklärungen für andere abweichende Studienergebnisse. Sowohl Stärken als auch einige Limitationen werden vom Forschungsteam wahrgenommen und erläutert. Heidari et al. (2017b) formulieren sinnvolle Schlussfolgerungen und nehmen verwendbaren Bezug auf die Berufspraxis.

Die Studie ist objektiv. Unter Berücksichtigung der erläuterten Anmerkungen an die Forschungsarbeit, wird die Studie als reliabel und valide bewertet und dem Evidenzlevel IIb zugeordnet.

5. Diskussion

Die Studienergebnisse werden in diesem Kapitel einander gegenübergestellt und kritisch diskutiert. Die erlangten Studienresultate dienen anschliessend der Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit. Um die Gewichtung der Studienergebnisse einschätzen zu können, wird die Vergleichbarkeit der Studien in einem ersten Schritt erläutert.

5.1 Vergleichbarkeit der Studien

Die verwendeten Forschungsarbeiten sind quantitative Studien mit einem quasiexperimentellen Design. Die Sexualfunktion der Paare wird in allen drei Studien vor und nach der Sexualaufklärung gemessen, was einen Vergleich der Studien ermöglicht. Zusätzlich verwenden alle drei Studien denselben reliablen und validen Fragebogen, um die weibliche Sexualfunktion zu ermitteln. Die Messinstrumente der männlichen Sexualfunktion sind grösstenteils identisch. Aufgrund dessen können die statistischen Prüfgrössen adäquat verglichen werden. Alle analysierten Studien verfolgen vergleichbare Ziele. Bahadoran et al. (2015) legen im Gegensatz zu Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) zusätzlich ein Augenmerk auf die Methode der Sexualaufklärung. Die Methodik in den verwendeten Studien weicht voneinander ab, was die absolute Vergleichbarkeit verhindert. Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) bilden zwei verschiedene Interventionsgruppen mit der identischen Intervention und eine Kontrollgruppe. Bahadoran et al. (2015) bilden hingegen zwei identische Gruppen mit zwei verschiedenen Interventionen und somit keine Kontrollgruppe. Anzumerken ist, dass die Vorgehensweise der Intervention von Bahadoran et al. (2015) weniger detailliert beschrieben ist als diejenige von Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b). Spezifische Aussagen über die Beteiligung der Männer können aufgrund der verschiedenen Interventionsgruppen von Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) gemacht und miteinander verglichen werden. Die Forschungsarbeit von Bahadoran et al. (2015) kann diesbezüglich keine spezifischen Aussagen machen und deshalb nicht mit Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) verglichen werden. Im Hinblick auf die gewählten Stichproben ist festzuhalten, dass alle Probanden und Probandinnen aus Iran stammen, was die Forschungsergebnisse vergleichen lässt. Aufgrund der teilweise fehlenden Nachvollziehbarkeit der Intervention und Methode und der etwas kleineren Stichprobe, sind die Aussagen von Bahadoran et al. (2015) mit Bedacht zu gewichten. Die Ergebnisse von Heidari et al. (2017a) und Bahadoran et al. (2015) können miteinander

diskutiert werden, da beide die zweite Hälfte der Schwangerschaft untersuchen. Ferner können die Ergebnisse von Bahadoran et al. (2015) und Heidari et al. (2017b) zweifellos miteinander debattiert werden, da der zweite Messzeitpunkt jeweils vier Wochen nach der Intervention stattgefunden hat.

5.2 Gegenüberstellung der Studienergebnisse

Die Gegenüberstellung der Studienergebnisse erfolgt anhand der drei folgenden Unterkategorien: Wirkung der Sexualaufklärung, Vorgehensweise der Sexualaufklärung und Rolle des Gesundheitspersonals in der Sexualaufklärung.

5.2.1 Wirkung der Sexualaufklärung

Die Analyse der drei untersuchten Studien ergibt, dass sich Sexualaufklärung in der Schwangerschaft positiv auf die Sexualfunktion des Paares auswirkt. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern ist eine klare Steigerung der Sexualfunktion nach der Intervention, unabhängig aus welcher Interventionsgruppe, ersichtlich. (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b; Bahadoran et al., 2015) Nach Heidari et al. (2017b) scheinen die Paare der beiden Interventionsgruppen zusätzlich sexuell zufriedener zu sein als die Kontrollgruppe. Vier Wochen nach der Intervention zeigt sich in allen untersuchten Studien eine signifikante Verbesserung der Sexualfunktion der Paare. Somit scheint sich der Effekt der Sexualaufklärung zu diesem Zeitpunkt am effektivsten zu zeigen. Im Allgemeinen kristallisiert sich aus den analysierten Studien kaum ein Unterschied zwischen den Geschlechtern heraus. (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b; Bahadoran et al., 2015)

Allerdings scheint sich die Sexualfunktion und Zufriedenheit der Männer zehn Wochen nach der Intervention zusätzlich massgeblich zu steigern (Heidari et al., 2017a). Ein weiterer Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigt sich bezüglich des Settings der Sexualaufklärung. Für werdende Väter wirkt sich die Sexualaufklärung von Angesicht zu Angesicht wirkungsvoller auf die Sexualfunktion aus als die Gruppen-Sexualaufklärung. Diese beiden Studienergebnisse zeigen sich bei den Frauen nicht. (Bahadoran et al., 2015)

Bezüglich der Beteiligung der Männer an der Sexualaufklärung scheint es gemäss Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) keinen Unterschied zu geben, ob sie physisch

anwesend sind oder nicht. In diesem Zusammenhang das ausgehändigte Handout mit den wichtigsten Inhalten der Sexualaufklärung eine grosse Rolle. Die Frauen haben dadurch die Möglichkeit, Gelerntes zu wiederholen und mit dem Partner zu teilen, wenn dieser nicht im Programm miteinbezogen ist. Auf diese Weise findet die indirekte Sexualaufklärung des Mannes statt. Der Effekt dieser indirekten sexuellen Aufklärung erweist sich als massgeblich, da alle Probanden von Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) eine erheblich verbesserte Sexualfunktion, beziehungsweise eine höhere Zufriedenheit, aufweisen. (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b)

Sexualaufklärung führt im Allgemeinen zu vermehrtem Wissen und zur Abnahme von Ängsten (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b). Bahadoran et al. (2015) führen weiter aus, dass Sexualaufklärung die Beziehung eines Paares stärken und verbessern kann und in diesem Zusammenhang als Prävention von sexuellen Problemen dient. Ähnlich beschreiben Heidari et al. (2017b), dass verzweifelte Zustände in der Beziehung durch Sexualaufklärung minimiert werden und Paare auf diese Weise eine intime und sexuelle Beziehung weiterführen können. Gelangen jedoch fachlich inkorrekte Informationen an werdende Eltern, kann dies gemäss Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) erhebliche negative Auswirkungen wie Kälte und Distanz in der Beziehung zur Folge haben.

5.2.2 Vorgehensweise der Sexualaufklärung

Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) erachten die persönliche Sexualaufklärung als wirkungsvoll. Obwohl Heidari et al. (2017a) das Setting der Sexualaufklärung nicht untersuchen, wird nahegelegt, dass die persönliche Sexualaufklärung individueller gestaltet werden kann, sodass schwierigere Themen einfacher angesprochen werden können. Auf diese Weise könne spezifischer auf die subjektiven Probleme der Paare eingegangen werden. Es könne damit erreicht werden, dass Eltern eine sorgfältigere, präzisere Antwort auf ihre individuellen Fragen erhalten. Bahadoran et al. (2015) geht mit dieser Aussage einher. Im Vergleich zur Gruppen-Sexualaufklärung biete Sexualaufklärung im persönlichen Setting einen geschützteren Rahmen. Es ermögliche auch denjenigen Menschen offen über sexuelle Ängste, Bedenken oder Gefühle zu sprechen, welche kulturell oder gesellschaftlich bedingt Schwierigkeiten haben, über Sexualität zu sprechen. Im Setting einer Gruppen-Sexualaufklärung haben Teilnehmer und Teilnehmerinnen ebenso die Möglichkeit zu lernen, über Sexualität zu sprechen, da

eigene Bedürfnisse und Probleme in der Gruppe geteilt werden können. Hinzu zeige sich auf diese Weise der Bildungsbedarf einzelner, von welchem alle Gruppenmitglieder profitieren können. Die Gruppen-Sexualaufklärung ist somit weniger zeitaufwendig, da mehrere Paare miteingeschlossen werden können und ist daher kosteneffektiv.

(Bahadoran et al., 2015) Nach der Sexualaufklärung explizit Zeit für Fragen einzuplanen und jederzeit Fragen per Telegramm stellen zu dürfen, beschreiben sowohl Heidari et al. (2017a) als auch Heidari et al. (2017b) als massgeblich. Bahadoran et al. (2015) bestärkt diese Aussage, indem er das Nutzen einer Lernsoftware als besonders vorteilhaft beschreibt. Des Weiteren betonen Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) ausdrücklich, dass die eingeplante Sitzungsdauer entscheidend ist. Sie referenzieren diverse Studien, welche mit einer 20- minütigen Sexualaufklärung keine Signifikanz bezüglich der sexuellen Zufriedenheit nachweisen können. Die Interventionsdauer von 90 Minuten scheint daher eine effektivere Wirkung zu zeigen als lediglich 20 Minuten. (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b)

5.2.3 Rolle des Gesundheitspersonals in der Sexualaufklärung

Sowohl Heidari et al. (2017a), Heidari et al. (2017b) als auch Bahadoran et al. (2015) betonen die Wichtigkeit der Rolle des Gesundheitspersonals bezüglich der Sexualaufklärung in der Schwangerschaft. Laut Heidari et al. (2017a) sei das Gesundheitspersonal zu wenig in die Sexualaufklärung eingebunden. Hinzu beschreibt Bahadoran et al. (2015), dass Gesundheitsangehörige, insbesondere Hebammen, ihre aufklärende Funktion bezüglich der Sexualität in der Schwangerschaft gar ignorieren. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass Hebammen und Gynäkologen und Gynäkologinnen werdenden Eltern von sexueller Aktivität in der Schwangerschaft aus eigener Angst vor Früh- oder Fehlgeburten abraten (Heidari et al., 2017b). Aus dieser Problematik lässt sich weiter ableiten, dass ein Mangel an korrektem Wissen über die Sexualaufklärung in der Schwangerschaft seitens des Fachpersonals besteht. Um die sexuelle Gesundheit und Beziehung eines Paares in der Schwangerschaft stärken und festigen zu können, ist nach Bahadoran et al. (2015) die Weiterbildung des Gesundheitspersonals über Sexualaufklärung in der Schwangerschaft essenziell und notwendig. Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) gehen mit dieser Aussage einher. Die Weiterbildung zusätzlich im interdisziplinären Rahmen durchzuführen, sei von grosser Bedeutung, um werdende Eltern adäquat beraten zu können. Eine klare, regelmässige Absprache und

Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Gynäkologen und Gynäkologinnen sei ebenso von zentraler Bedeutung. Insbesondere die Zusammenarbeit mit kompetenten Sexualpädagogen und Sexualpädagoginnen sowie Sexualberater und Sexualberaterinnen wird von Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) empfohlen und scheint besonders wichtig zu sein. Die Sexualaufklärung in die reguläre Schwangerschaftsvorsorge zu integrieren, scheint essenziell, sinnvoll und notwendig zu sein (Heidari et al., 2017a; Bahadoran et al., 2015).

5.3 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit lautet: «Welche Wirkung hat Sexualaufklärung in der Schwangerschaft auf die Sexualfunktion werdender Eltern und gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Geschlechtern?». Die Beantwortung der Fragestellung bedarf weiterer Forschung, deshalb kann sie mit dieser Bachelorarbeit nur ansatzweise beantwortet werden.

Aus allen analysierten Studien kristallisieren sich erste Hinweise über die Wirkung der Sexualaufklärung und den diesbezüglichen Unterschied der Geschlechter heraus. Vier Wochen nach der Sexualaufklärung verbessert sich die weibliche und die männliche Sexualfunktion der werdenden Eltern massgeblich. Bezüglich der Geschlechter sind generell keine eindeutigen Unterschiede aus den analysierten Studien nachweislich. (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b; Bahadoran et al., 2015) Laut Heidari et al. (2017b) steigert sich jedoch die männliche Sexualfunktion zusätzlich zehn Wochen nach der Sexualaufklärung. Des Weiteren kommt Bahadoran et al. (2015) zum Schluss, dass die persönliche Sexualaufklärung im Vergleich zu einer Gruppen-Sexualaufklärung zur massgeblich verbesserten männlichen Sexualfunktion führt. Diese beiden Ergebnisse werden bei den Frauen nicht beobachtet. An dieser Stelle gilt zu beachten, dass diese beiden Unterschiede der Geschlechter lediglich auf erste Hinweise hindeuten, da jeweils nur eine analysierte Studie das jeweilige Ergebnis aufweist. Die Resultate könnten allerdings Andeutungen dafür sein, dass das Anhalten der Wirkung der Sexualaufklärung und die Aufnahme von Informationen zwischen den Geschlechtern unterschiedlich ist. Hierfür wäre jedoch weitere Forschung notwendig.

6. Schlussfolgerung

Diese Bachelorarbeit kommt zum Ergebnis, dass die Sexualaufklärung in der Schwangerschaft bisher zu wenig erforscht ist. Trotzdem ermöglicht die vorliegende Bachelorarbeit, erste Hinweise und Erkenntnisse über die Sexualaufklärung in der pränatalen Phase zu formulieren. Unter Einbezug der gewonnenen Erkenntnisse des theoretischen Hintergrundes und der Ergebnisse der Studien, werden in diesem Kapitel folglich die ersten möglichen Empfehlungen für die hebammenrelevante Arbeit dargelegt. Im Weiteren werden Limitationen sowie ein Ausblick der vorliegenden Arbeit im Anschluss erläutert.

6.1 Theorie-Praxis-Transfer

Einige Autoren erläutern, dass die Sexualaufklärung in der Schwangerschaft besonders vernachlässigt wird (Afshar et al., 2012; Foux, 2008; Friedrich et al., 2015; Richter, 2005; Williamson et al., 2006). Heidari et al. (2017a) bestätigen, dass das Gesundheitspersonal zu wenig in die sexuelle Aufklärung von werdenden Eltern eingebunden ist. Im Besonderen wird die aufklärende Rolle von Hebammen ignoriert (Bahadoran et al., 2015). Dies steht im grossen Widerspruch dazu, dass Hebammen gemäss Sandall et al. (2016) die sexuelle Gesundheit werdender Eltern fördern, schützen und unterstützen sollen. Auch in den Abschlusskompetenzen des Bachelorstudiengangs Hebamme unterstützen und fördern Hebammen die Gesundheit der Frau und ihrer Familie (ZHAW, n.d.). Schliesslich besteht eine erste Erkenntnis, dass Hebammen ihre aufklärende Rolle bisher zu wenig wahrnehmen. Dies obwohl die sexuelle Gesundheit Bestandteil der gesamten Gesundheit eines Menschen darstellt (BZgA, 2011). Sowohl die analysierten Studien (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b; Bahadoran et al., 2015) als auch Afshar et al. (2012), Foux (2008), Friedrich et al. (2015), Richter (2005) und Williamson et al. (2006) empfehlen, die Sexualaufklärung in die routinemässige Schwangerschaftsvorsorge zu integrieren. Laut Williamson et al. (2006) eigne sich dafür besonders die Frühschwangerschaft. Bereits einfache Informationen durch die Hebammen über die Veränderung der Sexualität in der Schwangerschaft, können eine wertvolle Hilfestellung sein (Richter, 2005).

Um sexuelle Probleme in der Schwangerschaft zu verhindern oder zu behandeln, bedarf es besondere Massnahmen von Gesundheitsangehörigen (Bostani Kholesi et al., 2018).

Wie bereits im Kapitel 5 angedeutet, scheint es erste Anzeichen zu geben, dass mangelndes Fachwissen seitens des Gesundheitspersonals besteht. Um folglich eine adäquate, umfangreiche sexuelle Aufklärung durchzuführen, ist gezielte Weiterbildung vonnöten (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b; Bahadoran et al., 2015). Ferner scheint essenziell zu sein, dass sowohl Hebammen als auch andere Gesundheitsangehörige die Weiterbildung im interdisziplinären Rahmen wahrnehmen sollten. Zusätzlich ist es von enormer Wichtigkeit, insbesondere Sexualpädagogen und Sexualpädagoginnen und Sexualberater und Sexualberaterinnen miteinzubeziehen. (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b) Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird von Sandall et al. (2016) im Allgemeinen unterstützt.

Um die sexuelle Gesundheit eines Paares zu unterstützen und zu fördern, ist es wichtig, eine sichere und vertraute Umgebung zu schaffen. Die nicht wertende Kommunikationsweise der Hebamme ist in ihrer aufklärenden Rolle von zentraler Bedeutung. Es scheint wichtig zu sein, werdenden Eltern einen Zugang zu vertieften Informationen zu verschaffen, um eine Sexualaufklärung adäquat abzurunden. Einerseits sind Internetseiten, Zeitschriften, Bücher, Fernsehbeiträge oder Videos besonders geschätzte Informationsquellen. (BZgA, 2011) Andererseits beschreibt Bahadoran et al. (2015) das Anbieten einer Lernsoftware als besonders sinnvoll. Das Verteilen von Informationsmaterial oder den Zugang dazu zu ermöglichen, könnte für die Hebamme eine einfache Hilfe darstellen, um werdende Eltern in ihrer sexuellen Beziehung zu unterstützen.

Hinsichtlich der Beteiligung des Mannes an der Sexualaufklärung in der pränatalen Phase, besteht besonderer Mangel an Evidenzen oder Hinweisen. Aus den untersuchten Studien sticht allerdings klar heraus, dass alle untersuchten Männer nach der Sexualaufklärung eine gesteigerte Sexualfunktion aufweisen. Dies zeigt sich unabhängig davon, ob die Männer physisch an der Sexualaufklärung beteiligt sind oder nicht. (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b; Bahadoran et al., 2015) In diesem Zusammenhang hat jedoch das ausgehändigte Handout an die Frauen nach der Sexualaufklärung eine grosse Bedeutung, da auf diese Weise die indirekte Aufklärung stattfinden kann (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b). Generell ist für Männer gemäss Foux (2008) wichtig, ihnen einen «sicheren Hafen» zu bieten, damit sie sich emotional über Intimitäten austauschen können. Die Studie von Bahadoran et al. (2015) gibt einen zusätzlichen Hinweis darauf, dass sich

Männer in einem persönlichen, geschützten Rahmen wohl fühlen, da sie im persönlichen Setting eine signifikant bessere Sexualfunktion zeigen als in der Gruppen-Sexualaufklärung. Das Setting von Angesicht zu Angesicht, scheint sich positiv auf die Männer auszuwirken. Friedrich et al. (2015) unterstreicht in diesem Zusammenhang allgemein die Wichtigkeit, eine sichere Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen, um die sexuelle Gesundheit eines Menschen zu unterstützen. Diese beschriebenen Faktoren geben einen starken Hinweis darauf, dass die Sexualaufklärung durch die Hebamme in der Schwangerschaftsvorsorge für beide Geschlechter sinnvoll wäre.

Richter (2005) betont, dass werdende Väter enormen Respekt vor Hebammen haben. Deshalb sollten sich Hebammen nicht davor scheuen, die Männer in solch intime Gespräche miteinzubeziehen. Die Wirksamkeit der physischen Beteiligung der Männer an sexueller Aufklärung in der Schwangerschaft kann bisher nicht evidenzbasiert nachgewiesen werden. Aufgrund der beschriebenen ersten Erkenntnisse erscheint es allerdings sinnvoll zu sein, die werdenden Väter miteinzubeziehen, denn: «Männer haben mehr mit Schwangerschaft, Geburt und Elternsein zu tun, als nur Begleiter ihrer Partnerin zu sein» (Richter, 2005).

Schlussfolgernd kann die Sexualaufklärung in der Schwangerschaft aufgrund der analysierten Studien dieser Bachelorarbeit und unter Einbezug diverser Literatur vom theoretischen Hintergrund für werdende Eltern empfohlen werden. An dieser Stelle eignet sich die Hebamme besonders werdende Eltern sexuell aufzuklären und sie in Ihrer sexuellen Gesundheit zu begleiten, da sie in nahem Kontakt zueinanderstehen.

6.2 Limitationen und Ausblick

Sexualaufklärung in der Schwangerschaft ist bisher ein wenig erforschtes Thema. Insbesondere über die Beteiligung des Partners sind kaum Studien auffindbar. Die ausgewählten Studien, zur Wirkung der Sexualaufklärung auf die Sexualfunktion, sind aktuell die Einzigen, die sowohl werdende Mütter als auch Väter miteinschliessen. Dieser Mangel an evidenzbasierter Literatur bedeutet für diese Bachelorarbeit, dass lediglich erste Erkenntnisse und Hinweise zur Thematik ausgearbeitet werden können. Demnach können keine eindeutigen Empfehlungen für die Berufspraxis formuliert werden, was die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse dieser Arbeit einschränkt. Alle Datenerhebungen der untersuchten Studien erfolgen im Iran, weshalb die formulierten ersten Kenntnisse über

Sexualaufklärung in der Schwangerschaft nicht generalisiert werden können. Die Studie von Bahadoran et al. (2015) untersucht primär, ob das Setting der Sexualaufklärung die Sexualfunktion werdender Eltern beeinflusst. Die Wirkung der sexuellen Aufklärung wird daraus trotzdem ersichtlich, weshalb die Studie inkludiert wird. Da Bahadoran et al. (2015) somit nicht das gleiche Ziel wie Heidari et al. (2017a) und Heidari et al. (2017b) verfolgt, stellt das Einschliessen dieser Studie eine weitere Limitation der Arbeit dar.

Die Thematik bedarf schliesslich weiterer Forschung bezüglich des Effektes der Sexualaufklärung in der Schwangerschaft sowie der Wirkung der Beteiligung der Männer daran. Des Weiteren wäre es vonnöten, grössere Stichproben und unterschiedliche Settings zu untersuchen. Hinzu sollte länderübergreifend geforscht werden.

Wie aus der bisherigen Literatur hervorsticht, scheint korrektes Fachwissen und adäquate Weiterbildung im interdisziplinären Rahmen besonders essenziell zu sein (Heidari et al., 2017a; Heidari et al., 2017b). Deshalb ist es wünschenswert, insbesondere Hebammen, Gesundheitsangehörigen der Geburtshilfe, Sexualpädagogen und Sexualpädagoginnen sowie Sexualberater und Sexualberaterinnen, die Thematik nahezulegen und sie gemeinsam weiterzubilden. Ferner scheint sinnvoll zu sein, bereits Hebammenstudierende für die Sexualaufklärung in der Schwangerschaft zu sensibilisieren. So könnten im Curriculum des Hebammenstudiums sowohl die sexuelle Beziehung als auch die Auswirkungen auf die Paarbeziehung vermehrt miteingeschlossen werden.

Abrundend gibt diese Bachelorarbeit erste Hinweise dafür, dass werdende Eltern von der Sexualaufklärung der Hebamme in der Schwangerschaft profitieren können. Nun ist die Offenheit des Gesundheitspersonals und der werdenden Eltern gefragt, sodass Paare ihre sexuelle Gesundheit und Beziehung entfalten, erhalten und fördern können.

In diesem Sinne:

Was nicht ist, wird noch werden!

Danksagung

Ein herzliches Dankeschön an Julia Butz. Sie hat uns kompetent und wertvoll im Prozess der Bachelorarbeit begleitet und unterstützt.

Ein besonderer Dank gilt unseren Gegenleserinnen X, X, X und X für ihren Fleiss und ihr Engagement.

Vielen Dank an X, der uns Tatkräftig bei der Formatierung unterstützte.

Ein besonderer Dank gilt unseren Familien, Freunden und Bekannten, die uns stets zur Seite standen.

Literaturverzeichnis

- Afshar, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Merghati-Khoei, E.S. & Yavarikia, P. (2012). The Effect of Sex Education on the Sexual Function of Women in the First Half of Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 1(4), 173-181. doi:10.5681/jcs.2012.025
- Ahrendt, H.-J. & Friedrich, C. (2015). Einleitung: Dimensionen der Sexualität. In H.-J. Ahrendt & C. Friedrich (Hrsg.), *Sexualmedizin in der Gynäkologie* (S.110-113). Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- American Psychological Association. (2010). Publication Manual of the American Psychological Association (6. Auflage). Washington: American Psychological Association.
- Bahadoran, P., Mohammadi Mahdiabadzade, M., Nasiri, H. & Gholami Dehaghi, A. (2015). The effect of face-to-face or group education during pregnancy on sexual function of couples in Isfahan. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(5), 582-587. doi:10.4103/1735-9066.164512
- Basson, R. (2013). Overview of Female Sexual Function and Dysfunction. Abgerufen am 8. April 2020, von <https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/sexual-dysfunction-in-women/overview-of-female-sexual-function-and-dysfunction>
- Bertelsmann, H., Lerzynski, G. & Kunz, R. (2007). Kritische Bewertung von Studien zu therapeutischen Interventionen. In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage, S.133-148). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bostani Khalesi, Z., Bokaie, M. & Attari, S.M. (2018). Effect of pregnancy on sexual function of couples. *African Health Sciences*, 18(2), 227-234. <https://dx.doi.org/10.4314/ahs.v18i2.5>
- Brandenburg, U. (2011). Der «schwangere» Mann und seine Sexualität. *Die Hebamme*, 24 (4), 217. doi: 10.1055/s-002-22619
- Brück, D.J. (2015). Sexuelle Funktionsstörung des Mannes: Störung der sexuellen Funktion. In H.-J. Ahrendt & C. Friedrich (Hrsg.), *Sexualmedizin in der Gynäkologie* (S.191-194). Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2011). *Standards für die Sexuaufklärung in Europa: Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten* [PDF-Dokument]. Heruntergeladen von <https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/04/Standards-Sexuaufkl%C3%A4rung-OMS.pdf>
- Ermann, M. & Huber, D. (Hrsg.). (2019). *Identität und Begehren: Zur Psychodynamik der Sexualitäten*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Esmaili, M., Bahrami, N. & Oveisi, S. (2019). Effect of a structured educational package on women's sexual function during pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148, 225–230. doi:10.1002/ijgo.13051
- Friedrich, C., Ahrendt, H.-J. & Probst, T. (2015). Sexualität in den Lebensphasen: Sexualität in der Schwangerschaft und im ersten Jahr nach der Geburt. In H.-J. Ahrendt & C. Friedrich (Hrsg.), *Sexualmedizin in der Gynäkologie* (S.109-113). Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Foux, R. (2008). Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(3), 271-277. doi:10.1080/14681990802226133
- Heidari, M., Aminshokravie, F., Zayeri, F. & Azin, S.A. (2017). Effect of Sexual Education on Sexual Function of Iranian Couples During Pregnancy: A Quasi Experimental Study. *Journal of Reproduction and Infertility*, 19(1), 39-48. Heruntergeladen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5960051/pdf/JRI-19-39.pdf>
- Heidari, M., Aminshokravie, F., Zayeri, F., Azin, S.A. & Merghati-Khoei, E. (2017). Sexual Life During Pregnancy: Effect of an Educational Intervention on the Sexuality of Iranian Couples: A Quasiexperimental Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(1), 45-55. doi:10.1080/0092623X.2017.1313799
- Hirsch, I.H. (2019). Overview of Male Sexual Function. Abgerufen am 8. April 2020, von <https://www.msdmanuals.com/professional/genitourinary-disorders/male-sexual-dysfunction/overview-of-male-sexual-function>
- Höhn, C. & Berner, M. (2013). Klinik und Therapie sexueller Störungen: Einleitung und Definition. In B. Peer und M. Berner (Hrsg.), *Praxisbuch Sexuelle Störung* (S.101-103). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Huber, C.E. (2018). Compassioner: Was Sex in unserer Gesellschaft bedeutet – und was das mit dir zu tun hat. Abgerufen von <https://compassioner.com/allgemein/was-sex-in-unserer-gesellschaft-bedeutet-und-was-das-mit-dir-zu-tun-hat/>
- Johansson, M., Edwardsson, C. & Hildingsson, I. (2015). The «Pregnant Man» - Expecting Fathers Experience Pregnancy-Related Changes: A Longitudinal Study With a Mixed Method Approach. *Journal of Men's Health*, 11(6), 8-18.
Heruntergeladen von <https://jomh.org/index.php/JMH/article/view/16/7>
- Kluge, S. (2013). Psychosexuelle Entwicklung der Frau. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. überarbeitete und erweiterte Auflage, S.63-64). Stuttgart: Hippokrates.
- Kockott, G. (2016). Pschyrembel Online: Sexualität. Abgerufen am 11. Februar 2020 von <https://www.pschyrembel.de/Sexualit%C3%A4t/K0QLG/doc/>
- Krauss-Lembcke, S. (2011). Sexualität – immer noch ein Tabu-Thema. *Die Hebamme*, 24(4), 212. doi:10.1055/s-002-22619
- Maier, W. (2018). Pschyrembel Online: Couvade-Syndrom. Abgerufen am 9. April 2020 von <https://www.pschyrembel.de/Couvade-Syndrom/K05AH/doc/>
- Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš H. & Šunjić M. (2014). Sexuality During Pregnancy: What Is Important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(3), 282-293. doi:10.1080/0092623X.2014.889054
- Navidian, A., Rigi, S.N. & Soltani, P. (2016). Effects of group sexual counselling on the traditional perceptions and attitudes of Iranian pregnant women. *International Journal of Women's Health*, 8, 203–211.
doi: 10.2147/IJWH.S104887
- Polomeno, V. (2011). Men's Sexuality in the Perinatal Period: What Do Perinatal Educators Need to Know?. *International Journal of Childbirth Education*, 26(4), 35-39. Heruntergeladen von <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=782a5b55-aa52-40bf-99e1-e41f204d2ec9%40sdc-v-sessmgr03>
- Richter, R. (2005). Väter zwischen Lust und Frust. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 6, 23-27.

- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels* [PDF-Dokument]. Heruntergeladen von <https://moodle0.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=1161517>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Schmidt, G. (2013). Sexuelle Modernisierung und die Folgen. In T. Sternberg & S. Lanwer (Hrsg.), *Sexualität zwischen Tabu und Laissez-faire: Entwicklung in Gesellschaft und Kirche* (S.9-25). Münster: Dialogverlag.
- Sexuelle Gesundheit Schweiz (n.d.). *WAS WIR TUN – SEXUALAUFLÄRUNG*. Abgerufen von <https://www.sante-sexuelle.ch/was-wir-tun/sexualaufklaerung/>
- Shahbazi, Z., Farshbaf-Khalili, A., Sattarzadeh, N. & Kamalifard M. (2018). The Effect of Sexual Counseling Based on PLISSIT Model on Sexual Function of Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(3), 372-379. doi:10.15296/ijwhr.2019.61
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach* [PDF-Dokument]. Heruntergeladen von <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770/PDF/260770eng.pdf.multi>
- Vakilian, K., Kheiri, M. & Majidi, A. (2017). Effect of Cognitive-Behavioral Sexual Counseling on Female Sexual Function During Pregnancy: An Interventional Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(3), 369-373. doi:10.15296/ijwhr.2018.60
- Wannakosit, S. & Phupong, V. (2010). Sexual Behavior in Pregnancy: Comparing between Sexual Education Group and Nonsexual Education Group. *The Journal of Sexual Medicine* 7(10), 3434–3438. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01715.x
- Wilkes, L., Mannix, J. & Jackson, D. (2010). «I am going to be a dad»: experiences and expectations of adolescent and young adult expectant fathers. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 180–188. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03715.x
- Williamson, M., McVeight, C. & Baafi, M. (2006). An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery*, 24, 99-107. doi:10.1016/j.midw.2006.07.010

World Health Organization (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva* [PDF-Dokument].

Heruntergeladen von

https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

ZHAW. (n.d.). *Abschlusskompetenzen Bachelorstudiengang Hebamme* [PDF-Dokument]. Heruntergeladen von

<https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/bachelor/hebammen/broschuereabschlusskompetenzen-bsc-hebammen-zhaw.pdf>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords, eigene Darstellung.....	4
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien, eigene Darstellung	5
Tabelle 3: Übersicht der ausgewählten Studien, eigene Darstellung	7

Wortzahl

Abstract: 196

Arbeit: 11'360

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Ort, Datum: Meilen, 30.04.2020

Ort, Datum: Calfreisen, 30.04.2020

Unterschrift:

Unterschrift:

Sarah Schinzel

Yanina Tannek

Anhang

Glossar

Appetenz	Bedürfnis, Trieb, Verlangen
Beckenboden	bindegewebig-muskulöser Boden der Beckenhöhle beim Menschen
Einlingsschwangerschaft	Schwangerschaft mit einem Fetus (ungeborenes Kind ab der 9. Schwangerschaftswoche)
Erektionsstörung	Unfähigkeit des Mannes eine Erektion zu bekommen, unvollständige Versteifung des Penis bei sexueller Stimulation
Erotik	sinnliche Anziehung zweier oder mehrerer Menschen
Fehlgeburt	Synonym: Abort, frühzeitige Beendigung einer Schwangerschaft durch die Ausstossung/das Absterben eine Frucht < 500g
Frühgeburt	Geburt eines Kindes vor der vollendeten 37 Schwangerschaftswoche
Frühschwangerschaft	erstes Trimenon, die ersten 12 Wochen einer Schwangerschaft
genderspezifisch	für das soziale Geschlecht charakteristisch, typisch
Geschlechterordnung	gesellschaftliche Zuordnung nach Geschlechtszugehörigkeit in Anlehnung an die soziale Ordnung

Geschlechtsidentität	Selbstidentifikation als männlich, weiblich oder androgyn
Gestationsalter	Schwangerschaftsdauer in Wochen
Gravidität	Schwangerschaft, hier Anzahl der Schwangerschaften
Hämorrhoiden	vergrössertes Gefässpolster, welches sich am oberen Ende des Analkanals befinden
Klitoris	weibliches erektiles Genitale am vorderen Ende der kleinen Schamlippen
Koitus	Synonym: Geschlechtsverkehr, intimer Sexualverkehr zwischen zwei Personen mit Eindringen in den Körper des Gegenübers
laktierend	milchbildend, milchabsondernd
Libido	Bedürfnis, Trieb, Interesse an sexueller Lust
neurovaskulär	Nerven und Blutgefässe betreffend
nonkoital	hier in Bezug auf nonkoitale Sexualität: jede Form der sexuellen Aktivität, welche die vaginale Penetration ausschliesst (z.B. Selbstbefriedigung, Küssen)
postpartal	betreffend nach der Geburt
pränatal	betreffend vor der Geburt
reproduktiv	Auf die Fortpflanzung bezogen, der Fortpflanzung dienend

Schwangerschaftsvorsorge	Gesundheitsfürsorge, Beratungen und Untersuchungen vor und während der Schwangerschaft durch Hebammen oder Gynäkologen und Gynäkologinnen
Setting	Struktur einer Umgebung in der etwas stattfindet
Sexualkontakt	sexuell motivierter Körperkontakt zwischen zwei Individuen, welcher häufig mit der sexuellen Erregung endet
Sexualpraktiken	Handlungen, die subjektiv dem Erreichen sexueller Lust dienen und auf die sexuelle Befriedigung abzielen
sexuelle Dysfunktion	auch sexuelle Funktionsstörung: Störungen der weiblichen oder männlichen Sexualfunktion (siehe Kapitel 3.1.2.)
sexuelle Orientierung	Interessen einer Person bezüglich des Geschlechts eines potentiellen Partners, auf der Basis von Reproduktionsinteresse, Emotion, romantischer Liebe, Sexualität und Zuneigung
Sodbrennen	Aufstossen von saurem Magensaft in die Speiseröhre
spirituell	die Spiritualität betreffend: Suche, Hinwendung, Intuition oder subjektives Erleben einer sinnlich nicht fassbaren und rational nicht erklärbaren Wirklichkeit
Trimenon	auch Trimester genannt, bezeichnet einen Schwangerschaftsdrittel (jeweils ca.13 Wochen)
Varizen	sackartige, erweiterte und geschlängelte oberflächliche Venen

vegetativ nicht dem Willen unterliegend

vulnerabel tiefgreifend, Verletzlichkeit; Störanfälligkeit von physiologischen Abläufen

Keywords

Deutsche Schlüsselbegriffe	Englische Keywords
Schwangerschaft	Pregnancy Gestation Gravidity Childbearing Antenatal period Perinatal period
Sexualität	Sexuality Sexual behavior Sexual satisfaction Sexual function Sexual desire Sexual drive Sexual interest Libido
Aufklärung	Education Sexual education Sex education Counselling Sexual counselling Sex counselling Treatment
Weitere Keywords betreffend wer aufgeklärt wird	Male Man/Men Father Fatherhood Female Woman/Women Mother Motherhood Parenthood Couple